Avant-propos

Les réponses apportées à la COVID-19 au cours des cinq dernières années ont révélé combien notre société a échoué à situer cette pandémie récente dans une perspective éclairée. Au Canada comme ailleurs, la majorité des citoyens a été dupe. Nous avons permis, par notre ignorance initiale sur cette maladie respiratoire, à ceux qui cherchent à en tirer profit de prospérer. En raison de cette méconnaissance et de la constante montée de la peur alimentée par le gouvernement, les médias, et surtout la profession médicale, nous sommes devenus collectivement une population mondiale angoissée et facilement manipulable.

À qui la faute ? Les personnes mentionnées plus haut sont parmi les coupables qui nous ont conduits à cet état. Mais en réalité, la responsabilité nous incombe à tous.

Une scène emblématique du film « *V pour Vendetta* » (2005) illustre cette réflexion. Dans ce film, le protagoniste, « V », prend le contrôle d'une station de télévision et proclame au public qu'il est responsable du régime fasciste dystopique qui le gouverne. La population est accusée de paresse, préférant son confort à sa liberté. Dans l'intrigue, ceux qui convoitent le pouvoir créent même une pandémie artificielle et offrent un antidote afin de s'emparer du contrôle et d'étouffer toute dissidence.

Bien que « *V pour Vendetta* » soit un film de science-fiction, se déroulant théoriquement en 2020, ces dernières années nous ont montré que, tout comme l'art imite la vie, la vie peut parfois imiter l'art. Les confinements, les mandats, la frénésie autour du vaccin COVID-19 pour inoculer chaque individu, ainsi que la diabolisation de ceux qui les ont refusés, nous ont conduits à la situation actuelle.

Nous sommes désormais confrontés à la tâche titanesque de réparer les dommages infligés à des individus et à nos institutions canadiennes et dans de nombreux autres pays. La première étape entreprise par notre organisation a été de fournir une évaluation véritablement scientifique de la pandémie de COVID-19 et des contre-mesures mises en œuvre. C'est ce que nous avons présenté dans notre premier ouvrage intitulé « *COVID-19*

BAS LES MASQUES : La véritable science derrière le Covid-19, sa prévention et son traitement ». Ce livre visait à comprendre la physiopathologie de la COVID-19 ainsi que l'efficacité des différentes stratégies appliquées pour diagnostiquer, prévenir et traiter cette maladie respiratoire infectieuse causée par le virus SRAS-CoV-2.

Cependant, un second ouvrage s'est avéré nécessaire pour aborder : les échecs des mesures inappropriées adoptées par le gouvernement, le corps médical, le système juridique et les médias ; l'hystérie de masse qui en a résulté dans la population générale ; et les autres préjudices physiques infligés. Ce livre constitue notre réponse collective en tant que membres de la *Canadian Citizens Care Alliance (CCCA)*, anciennement connue sous le nom de *Canadian Covid Care Alliance*, et se veut une reconnaissance des défis plus larges auxquels notre société est confrontée. La COVID-19 a mis en lumière les problèmes sous-jacents de nos institutions, des problèmes qui existaient déjà et qui demeurent à résoudre.

En tant que société, nous sommes à un tournant décisif : nous nous orientons soit vers une renaissance de notre démocratie, soit vers une descente rapide vers un monde semblable à celui de « *V pour Vendetta* ». La connaissance est cruciale pour le premier scénario ; son absence nous entraîne vers le second.

Nous vous invitons à lire ce livre, à remettre en question nos faits et nos conclusions, puis à forger votre propre jugement.

Le choix nous appartient toujours.

CHAPITRE 1

Introduction

Steven Pelech et Christopher Shaw

« La foi inébranlable en l'autorité constitue le principal obstacle à la vérité. » – Albert Einstein

« Lorsque vous interagissez avec des individus, gardez à l'esprit que vous ne traitez pas avec des êtres logiques, mais avec des êtres guidés par leurs émotions. » – Dale Carnegie

1.1. Au cœur du chaos de la COVID-19 : une pandémie d'ignorance, de peur et de cupidité

Il s'agit du deuxième ouvrage de la *Canadian Citizens Care Alliance (CCCA)* consacré à la pandémie de COVID-19, reconnue comme l'événement mondial le plus dévastateur du 21e siècle jusqu'à présent. Ce n'est pas tant le SRAS-CoV-2 lui-même qui en est la cause, mais plutôt la manière dont nous avons réagi à ce virus, minuscule et relativement simple. Dans le premier volume, intitulé « *COVID-19 BAS LES MASQUES : La véritable science derrière le Covid-19, sa prévention et son traitement* », nous avons tenté d'expliquer comment la science et la médecine s'efforcent habituellement de répondre à un nouveau virus, en s'appuyant sur la méthode scientifique éprouvée et des décennies de connaissances concernant la « chaîne d'infection », qui décrivent la manière dont un pathogène infectieux se propage et se transmet. Nos sociétés ont déjà été confrontées à de nombreux virus respiratoires, tels que le SRAS-CoV-2, et ces expériences passées nous ont fourni des enseignements précieux sur la façon d'aborder ce qui s'est finalement révélé être un virus loin d'être inédit. Il est important de noter que la COVID-19 ne doit pas être comparée à la peste noire qui a ravagé l'Europe et l'Asie au XIIIe siècle, lorsque la bactérie *Yersinia pestis* a décimé plus d'un tiers de la population entre 1346 et 1353.

Dans notre premier livre, nous avons examiné les bases scientifiques des virus, en explorant leur mécanisme de réplication et leur capacité à provoquer des maladies. Nous avons également étudié l'évolution de notre système immunitaire pour combattre leur propagation, ainsi que le développement de vaccins visant à préparer notre organisme à reconnaître les menaces infectieuses potentielles avant qu'elles ne puissent engendrer une maladie. Nous avons mis en lumière les enjeux liés à la production, à l'efficacité et à la sécurité des nouveaux vaccins génétiques, qui ont été déployés en urgence pour répondre à cette crise. Par ailleurs, nous avons

évalué l'efficacité d'une variété d'autres mesures prises par nos sociétés afin de limiter la propagation de la COVID-19. Nous avons également exploré les conséquences physiopathologiques chez les personnes infectées par le SRAS-CoV-2, ainsi que les stratégies thérapeutiques mises en place pour traiter ces patients et prévenir la maladie chez d'autres, notamment à travers le développement de nouveaux vaccins à ARNm.

Ce que nous avons négligé d'aborder dans notre premier livre, c'est l'origine du virus SRAS-CoV-2 et les raisons pour lesquelles notre réponse en matière de santé publique a été si catastrophique. De nombreuses personnes croient désormais que le nombre de vies perdues en raison des vaccins génétiques contre la COVID-19 et d'autres mesures restrictives pourrait dépasser celui des décès causés par le virus lui-même.[1] Dans ce livre, nous examinerons comment le SRAS-CoV-2 est probablement le résultat d'une altération génétique d'un virus de chauve-souris dans un institut de virologie en Chine, suivi d'une libération accidentelle de ce pathogène, qui s'est ensuite propagé à l'échelle mondiale en accumulant de nouvelles mutations en cours de route. Des plans de santé publique soigneusement élaborés étaient déjà en place avant l'émergence du SRAS-CoV-2 pour faire face à une telle menace potentielle. Cependant, ces plans ont été appliqués de manière précipitée dès le début de la pandémie de COVID-19. Pratiquement en même temps, des messages et des politiques de santé publique uniformes ont été imposés, entraînant des mesures drastiques qui n'avaient pas été mises en œuvre depuis plus d'un siècle, comme durant la grippe espagnole de 1918-1920, qui a causé la mort d'au moins 17,4 millions, et jusqu'à 50 millions de personnes dans le monde.

Les craintes liées aux pandémies passées, qui remontent à plusieurs siècles, ont alimenté l'imagination du public, malgré les avancées significatives réalisées à l'époque moderne en matière d'approvisionnement en eau potable, de nutrition, d'assainissement, de médicaments, et d'une meilleure compréhension des bactéries et virus pathogènes responsables des maladies. Ces craintes ont été habilement exploitées à des fins de contrôle et de profit.

Dans cet ouvrage, nous avons analysé comment les sociétés pharmaceutiques ont pris le contrôle de nos gouvernements, du milieu universitaire, des médias et des systèmes juridiques, tout en explorant les répercussions plus larges sur nos sociétés dans leur ensemble. Ce deuxième livre met en lumière ce que l'on pourrait qualifier de « dommages collatéraux » de la pandémie de COVID-19. Les conséquences politiques et juridiques de cette situation commencent à se manifester, alors que l'ampleur des dégâts infligés à nos sociétés devient de plus en plus évidente au lendemain de la pandémie. Bien qu'une grande partie de cet ouvrage s'inspire de l'expérience canadienne, les leçons tirées ici sont d'une pertinence mondiale.

Plus de quatre ans et demi se sont écoulés depuis que la COVID-19 a été déclarée pandémie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en mars 2020. Aujourd'hui, nous sommes en bien meilleure position pour analyser ces événements, comparé aux débuts, lorsque la panique semblait dominer les discussions. En effet, la peur, à presque tous les niveaux, a largement façonné le récit de cette époque, un récit dont nous réalisons maintenant qu'il a probablement été plus nuisible pour les individus et la société que le virus SRAS-CoV-2 lui-même. Malgré cela, les mesures draconiennes prises par le gouvernement en réponse à la COVID-19 sont toujours défendues de manière infondée, alors qu'il est manifeste qu'elles ont causé plus de mal que de bien et, dans certains cas, restent encore en vigueur. Serons-nous encore une fois aussi facilement manipulés lors de la prochaine pandémie de maladies infectieuses, comme beaucoup le prédisent déjà ?

Comment cette hystérie autour de la COVID-19 a-t-elle émergé ? La réponse est frappante : elle a vu le jour, comme le souligne la citation qui ouvre ce chapitre, à partir de l'émotion primaire de la peur, une peur alimentée par l'ignorance, comme cela se produit si souvent.

Avec le recul, il est clair que les gouvernements occidentaux ont semblé paniquer, amplifiant ainsi la peur de leurs citoyens face à cette maladie jusque-là inconnue. Au Canada comme ailleurs, les gouvernements de tous bords ont utilisé les médias pour intensifier cette anxiété, générant ainsi un cycle de rétroaction. Plus la peur était grande, plus les citoyens semblaient exiger des mesures gouvernementales strictes ; et plus ces mesures, souvent célébrées par les médias, étaient restrictives, plus l'hystérie collective s'accroissait. La peur s'est manifestée par une ruée vers l'accumulation de nourriture, de médicaments, de produits de nettoyage, de masques et d'autres fournitures essentielles. Les rayons des supermarchés, habituellement garnis de papier hygiénique et d'essuie-tout, étaient fréquemment vides au début de la pandémie de COVID-19. Même deux ans après la déclaration officielle de la fin de la pandémie, certains citoyens demeurent terrifiés par la COVID-19, portant encore des masques lorsqu'ils se retrouvent seuls dans leur voiture ou en plein air.

Pour certains, cette peur a également généré de la colère. Ceux qui remettaient en question ne serait-ce qu'un aspect du récit officiel étaient souvent qualifiés d'antipatriotiques, d'égoïstes, d'indifférents et même d'ennemis de l'État et de la société. Cette situation a engendré des divisions au sein des familles, des amitiés et parmi des collègues, parfois de manière irréversible.

Une explication indulgente de ces événements pourrait être que les politiciens ont été emportés par la panique générale de leurs citoyens et ont fait de leur mieux avec des connaissances limitées. Une interprétation moins clémente, mais peut-être plus précise, suggérerait que les gouvernements

et des organisations non gouvernementales (ONG), telles que le Forum économique mondial (FEM) et l'OMS, étaient en réalité réticents à laisser une « bonne crise se gâcher » si cela pouvait servir des agendas préétablis.

Par ailleurs, comme mentionné précédemment, un autre facteur déterminant des événements liés à la COVID-19 a été l'ignorance, non seulement à l'égard de la science en général, mais en particulier des sciences médicales. De plus, et c'est essentiel, dans de nombreux pays prétendument démocratiques, un certain nombre de citoyens semblaient avoir oublié, ou ignorer, les principes fondamentaux de leurs démocraties. Ceux qui osaient remettre en question le discours officiel des autorités sanitaires étaient souvent qualifiés d'« anti-vaccins » et de propagateurs de fausses informations et de désinformation.

Non seulement trop de personnes n'étaient pas disposées à remettre en question les informations manifestement insuffisantes et contradictoires émanant des gouvernements, des médias et de la médecine traditionnelle, mais il est devenu évident que beaucoup d'entre elles non seulement ne souhaitaient pas le faire, mais en étaient également incapables. En effet, comme l'ont constaté nombre d'entre nous qui avons écrit ces deux livres au fil des décennies dans le milieu universitaire, les compétences de pensée critique font cruellement défaut à une grande partie de la population et, apparemment, à bon nombre de nos collègues universitaires.

La pensée critique se définit comme « *le processus qui consiste à réfléchir attentivement sur un sujet ou une idée, sans se laisser influencer par ses émotions ou ses opinions* ».[2] L'absence de compétences en pensée critique a inévitablement entraîné une déficience en « analyse critique », que l'on peut définir comme « *le processus d'examen systématique, objectif et analytique d'un travail ou d'une idée. Cela implique de décomposer des idées, des concepts ou des arguments complexes en éléments plus petits et plus faciles à gérer pour en améliorer la compréhension* ».[3] Il va sans dire que cet échec en matière de pensée critique et d'analyse a conduit à des politiques liées à la COVID-19 malavisées, souvent préjudiciables pour la société.

Ces deux livres se concentrent sur les événements survenus au Canada, où résident la plupart des auteurs de cette série. Cependant, les aspects fondamentaux de la maladie elle-même ne dépendent pas de la localisation. En revanche, les diverses réponses gouvernementales ont varié considérablement, bien qu'elles aient démontré une cohérence remarquable, au moins dans l'Occident global. La raison de cette cohérence repose sur l'interprétation de l'origine de la maladie : s'agit-il simplement d'une réaction spontanée ou de stratégies concertées, que certains pourraient qualifier de « conspiration », visant à orienter le monde vers un résultat prédéterminé ? Les lecteurs auront la liberté de tirer leurs propres conclusions, et nous espérons que ces deux livres les y aideront.

L'ouvrage actuel aborde les fractures sociales et politiques engendrées par la pandémie de COVID-19, fractures qui étaient peut-être déjà présentes avant que l'OMS ne déclare officiellement la COVID-19 comme une pandémie, et même avant que le SRAS-CoV-2 ne commence à se propager dans la région de Wuhan.

1.2. Synthèse de « COVID-19 BAS LES MASQUES : La véritable science derrière le Covid-19, sa prévention et son traitement »

Pour ceux qui n'ont pas lu « *COVID-19 BAS LES MASQUES : La véritable science derrière le Covid-19, sa prévention et son traitement* », le résumé suivant des chapitres de ce premier ouvrage servira à contextualiser les chapitres suivants dans le présent livre.

Le premier chapitre du volume 1, intitulé « *Pourquoi ce livre* » (Pelech), vise à établir les fondations de tout ce qui suit en soulignant la nécessité d'une réévaluation rationnelle de la pandémie de COVID-19 et des mesures mises en place pour la contrôler. Ce chapitre cherche également à dissiper une partie de la peur et de l'ignorance évoquées précédemment.

Le ***chapitre 2***, intitulé « COVID-19 et science : information, désinformation et « vérité » » (Hardie & Pelech), explore certains malentendus fondamentaux concernant le processus que nous désignons par le terme « science ». Il clarifie ce qu'est la science, ce qu'elle n'est pas, en quoi consiste la « méthode scientifique » et comment celle-ci est, hélas, souvent mal utilisée. En résumé, la science est une méthode rigoureuse conçue pour explorer la nature afin de mieux la comprendre. La méthode scientifique elle-même remonte au moins aux travaux du philosophe anglais Francis Bacon (1561-1626). Comme la pensée scientifique antérieure, elle commence généralement par l'observation d'un phénomène naturel. Cette observation suscite l'élaboration d'une hypothèse, qui constitue une explication potentielle de l'observation, à tester par des expériences menées en utilisant diverses mesures et analyses. Il est essentiel qu'une hypothèse soit falsifiable, c'est-à-dire qu'elle puisse être prouvée incorrecte par ces mêmes expériences. À ce stade, il est important de noter, comme l'indique ce chapitre, que la science ne prouve rien ; la preuve relève du domaine de la logique formelle et des mathématiques, deux disciplines partageant une lignée similaire. Contrairement à la notion de « preuve », la science opère sur la base de probabilités : plus les expériences et les analyses, y compris statistiques, soutenant une hypothèse donnée sont nombreuses, plus celle-ci a de chances d'être correcte. De même, les théories sont dérivées d'un ensemble d'études basées sur des hypothèses testées qui reposent également sur des probabilités, mais qui ne peuvent jamais atteindre 100 % de certitude et donc être prouvées, car toute expérience

future fournissant des résultats négatifs pourrait remettre en question cette hypothèse ou cette théorie. C'est précisément pour cette raison que certains propos tenus par des politiciens durant la pandémie, souvent relayés par les médias et, malheureusement, par des membres de diverses professions médicales, sont absurdes d'un point de vue scientifique. Par exemple, des déclarations telles que « la science est établie », « il existe un consensus scientifique », « croyez en la science » ou « faites confiance à la science » sont toutes profondément non scientifiques. En réalité, ces expressions ressemblent davantage à des affirmations de foi religieuse : la science n'est jamais « établie », et les déclarations qui incitent à croire ou à faire confiance à la science ne sont que des affirmations de croyances personnelles, quel que soit le nombre de personnes partageant ces convictions. Bien que les croyances religieuses puissent revêtir des aspects profonds et souvent bénéfiques pour ceux qui les embrassent, elles ne font pas partie du champ scientifique. Les deux répondent à des besoins humains différents, car elles abordent des questions que seule l'une ou l'autre peut tenter de résoudre.

Le ***chapitre 3***, intitulé « *Agents et transmission des maladies infectieuses* » (Hardie & Pelech), offre un aperçu concis mais complet des maladies infectieuses. Il examine la proportion des problèmes de santé, y compris la mortalité, causée par des bactéries, des virus et des parasites, ainsi que la manière dont ces agents pathogènes endommagent les organismes qu'ils infectent. (Il convient de noter que certains lecteurs peuvent remettre en question l'existence des virus, une opinion que nous considérons comme erronée, car elle ignore les nombreuses preuves scientifiques qui attestent de leur réalité).

Les auteurs de ce chapitre abordent ensuite le processus par lequel une séquence d'ADN de nucléotides est transcrite en une séquence nucléotidique d'ARN messager (ARNm), puis traduite en une séquence protéique d'acides aminés. Ils expliquent également la machinerie cellulaire responsable de cette conversion, notamment le rôle des ribosomes dans la traduction de l'ARNm. De manière cruciale, les auteurs analysent le concept de « chaîne d'infection » et les différents maillons qui rendent une infection possible, en particulier dans le contexte de la COVID-19, à la lumière de certaines des déclarations erronées mentionnées par ceux discutés dans l'introduction de ce chapitre.

Le ***chapitre 4***, intitulé « *Coronavirus pré-COVID-19 et autres virus des maladies respiratoires* » (Pelech), s'appuie sur le chapitre 3 pour fournir une analyse approfondie des maladies respiratoires en général. Ce chapitre traite non seulement de la COVID-19 et des autres maladies de la famille des coronavirus (tels que le SRAS-CoV-1 et le MERS), mais également des infections causées par la grippe, le virus respiratoire syncytial (VRS) et les coronavirus apparentés responsables du rhume, notamment 229E, NL63, HKU1 et OC43.

Le ***chapitre 5***, intitulé « *Le virus SRAS-CoV-2* » (Pelech & Roscoe), offre aux lecteurs une compréhension approfondie de la structure génomique du virus COVID-19, le septième membre bien documenté de la famille des coronavirus à infecter les humains. Les auteurs explorent les protéines codées par les gènes présents dans le virus, en mettant particulièrement l'accent sur sa protéine de surface « Spike », qui se lie aux récepteurs situés à la surface de divers types de cellules dans le corps humain. Parmi les sites récepteurs étudiés, le plus connu est la protéine de surface cellulaire de l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ECA2). Cependant, il existe d'autres sites de liaison aux récepteurs qui pourraient également jouer un rôle dans certains aspects de la maladie, tels que les récepteurs de la neuropiline. De plus, les récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine, impliqués dans l'activation des muscles squelettiques et l'entrée dans le cerveau, pourraient également être concernés. Les auteurs examinent également les espèces non humaines susceptibles d'être infectées par la COVID-19 et discutent plus en détail des soi-disant « variants préoccupants » qui ont dominé les vagues successives d'infections par le SRAS-CoV-2 au cours des cinq dernières années.

Le ***chapitre 6***, intitulé « *La pathologie de la COVID-19* » (Hsiang, Pelech, Shaw et Chan), décrit les signes et symptômes de l'infection par la COVID-19 ainsi que l'impact sur les personnes exposées à la protéine Spike, produite par l'ARNm des vaccins à ARN modifié. Les auteurs débutent le chapitre en examinant les stades de la maladie et sa progression chez les individus les plus gravement affectés, notamment comment l'infection virale débute dans les voies respiratoires supérieures, puis se propage vers les voies inférieures, affectant finalement les alvéoles, les sacs d'air des poumons. À cet égard, la progression de la COVID-19 présente des similitudes avec d'autres maladies respiratoires, telles que la grippe et le virus respiratoire syncytial (VRS). Dans le cas de la COVID-19, cette progression dans l'ensemble du système respiratoire peut entraîner une « tempête de cytokines », où le système immunitaire réagit de manière excessive au virus, libérant des cytokines pro-inflammatoires susceptibles de provoquer une défaillance de plusieurs organes et, dans certains cas, la mort. Le chapitre aborde également certains des symptômes non respiratoires associés à ce qui est désormais considéré comme un trouble multisystémique, impliquant des anomalies de la coagulation sanguine ainsi que des manifestations neurologiques telles que la perte de l'odorat et du goût, et un « brouillard cérébral », qui se traduit par une perte partielle des fonctions cognitives. Ces caractéristiques, dont la physiologie précise demeure floue, sont décrites comme faisant partie de ce que l'on appelle la « COVID longue », qui semble être plus fréquente chez les personnes vaccinées que chez celles qui ne le sont pas. Les mécanismes liés à la coagulation sanguine sont détaillés, et les auteurs montrent clairement que la protéine Spike elle-même peut être à l'origine de nombreux de ces symptômes, y compris les troubles de la coagulation et la COVID longue.

Les traitements de l'infection virale elle-même sont également évoqués, tandis que les protocoles pour traiter les personnes souffrant de symptômes similaires après la vaccination à ARNm sont encore en développement, en raison des préoccupations concernant les effets indésirables à long terme potentiellement subis par certaines personnes vaccinées. Enfin, les auteurs examinent les données démographiques relatives à la COVID-19, en prenant en compte les aspects liés à l'âge et la proportion de différentes tranches d'âge affectées, tant par le virus que par les vaccins contre la COVID-19.

Le ***chapitre 7***, intitulé « Les défenses de l'organisme contre les agents pathogènes infectieux » (Pelech, Mallard et Karrow), propose un aperçu détaillé des divers aspects du système immunitaire. Il inclut des descriptions de l'immunité innée et adaptative, des types de cellules immunitaires impliquées dans chacune de ces réponses, ainsi que des rôles spécifiques des anticorps et des lymphocytes T dans l'immunité adaptative ciblée. Le chapitre ab orde également le phénomène de l'auto-immunité, lorsque le système immunitaire commence à attaquer les tissus de l'organisme lui-même, ainsi que les mécanismes par lesquels certains virus parviennent à échapper à une réponse immunitaire efficace.

Le ***chapitre 8***, intitulé « Suivi du SRAS-CoV-2 et de la réponse immunitaire » (Pelech), explore à la fois la nature du « traçage des contacts » et son efficacité pour identifier les personnes exposées ainsi que leurs contacts qui pourraient avoir été exposés à la COVID-19. L'auteur examine également les différents tests de diagnostic utilisés pour déterminer si une personne est potentiellement infectée par la COVID-19. Ces tests incluent la réaction en chaîne par polymérase (PCR) avec divers seuils de cycles thermiques, les tests antigéniques rapides et les tests sérologiques, en particulier ceux réalisés par Kinexus, une entreprise de biotechnologie basée à Vancouver. Une des découvertes surprenantes de l'étude clinique menée par Kinexus a été que la plupart des personnes de la région de Vancouver testées au début de 2020 possédaient déjà des anticorps capables de reconnaître la plupart des protéines codées par le génome du SRAS-CoV-2. Le chapitre aborde également d'autres tests évaluant l'immunité des lymphocytes T avant d'explorer la réponse immunitaire naturelle à la COVID-19.

Le ***chapitre 9***, intitulé « L'efficacité et les risques des masques » (Pelech & Hardie), examine les arguments largement controversés concernant l'utilisation des masques comme protection contre la transmission de la COVID-19. Les auteurs retracent l'histoire de l'utilisation des masques pour lutter contre les maladies infectieuses, en incluant les virus et d'autres menaces environnementales. Ils analysent également les aspects scientifiques relatifs aux matériaux des masques, en évaluant ce qui pourrait être efficace ou non, notamment en examinant la taille des pores des masques par rapport à la capacité de bloquer les particules aérosolisées que peuvent libérer les

personnes infectées. Les auteurs fournissent un aperçu de la littérature publiée qui soutient ou conteste l'efficacité des masques dans la prévention de la transmission de la COVID-19. De plus, ils abordent les dommages, tant physiologiques que psychologiques, que peut engendrer le port prolongé de masques, en particulier chez les enfants.

Le ***chapitre 10***, intitulé « *Évaluation de l'efficacité et de la sécurité des vaccins* » (Pelech), propose un aperçu des différentes études, précliniques et cliniques, menées par les fabricants de vaccins (et de médicaments) pour établir l'efficacité et la sécurité de ces produits. Il est important de noter que ces produits ne sont considérés comme des vaccins que selon les nouvelles définitions fournies par l'OMS et les *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*. En réalité, les « vaccins » à ARNm ne correspondent pas aux définitions traditionnelles des vaccins ; ils doivent plutôt être envisagés comme des traitements de thérapie génique, car ils sont conçus pour inciter le corps à fabriquer la cible antigénique, à savoir la protéine virale Spike, qui déclenche une réponse immunitaire. Malgré cette distinction, et par souci de simplicité, nous utiliserons le terme « vaccin » pour décrire les produits à ARNm et à vecteur viral dans ce livre. L'utilisation des vaccins à « vecteur viral », également des produits de thérapie génique, est également examinée, de même que ceux développés à l'aide de plateformes vaccinales conventionnelles.

L'auteur analyse ensuite les différents systèmes de surveillance en place au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et dans l'Union européenne, conçus pour suivre les signaux de sécurité une fois que les vaccins sont approuvés pour être distribués au public ou à des groupes spécifiques au sein de celui-ci, comme les différentes tranches d'âge des receveurs potentiels et les femmes enceintes. Les lecteurs reconnaîtront sans doute le *Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS)*, l'entité américaine supervisée conjointement par les *CDC* et la *Food and Drug Administration (FDA)*. Le *VAERS* est un système de notification volontaire qui a déjà montré qu'il sous-estimait de nombreux effets indésirables réels des vaccins antérieurs à la COVID-19.[4] Il convient de noter que les effets indésirables du vaccin COVID-19 signalés dans le *VAERS*, même s'ils sont sous-estimés, sont déjà nettement plus élevés que les rapports combinés d'environ 80 autres vaccins sur une période de plus de 32 ans.

Le ***chapitre 11***, intitulé « *Production de vaccins contre la COVID-19* » (Gutschi, Speicher, Natsheh, Oldfield, Briz-McKibbon, Karrow, Massie, Mallard, Chan et Pelech), commence par une description de la manière dont les vaccins ont traditionnellement été développés, en contraste avec les vaccins génétiques qui ont prédominé sur le marché pendant la pandémie de COVID-19. Il explique en détail le fonctionnement des vaccins génétiques à ARNm et le suivi de ces produits, comme indiqué dans le chapitre précédent. Les auteurs examinent de manière cruciale les méthodes de fabrication de

ces vaccins, en distinguant celles utilisées pour la phase de test de celles mises en œuvre pour la distribution de masse. Ils soulignent également les contaminants et impuretés identifiés par des chercheurs indépendants, tels que les endotoxines et l'ADN plasmidique vecteur, incluant des séquences promotrices et amplificatrices dérivées du virus SV40. De plus, les problèmes liés aux nanoparticules lipidiques utilisées dans les vaccins à ARNm sont également abordés.

Le ***chapitre 12***, intitulé « *Évaluation de l'efficacité des vaccins contre la COVID-19* » (Pelech), examine en profondeur l'approbation des vaccins à ARNm au Canada dans le cadre des ordonnances provisoires, qui constituent essentiellement une voie rapide pour obtenir une approbation alors que les données de sécurité fournies par les entreprises sont toujours en attente ou incomplètes. L'ordonnance provisoire au Canada est l'équivalent de l'autorisation d'utilisation d'urgence (*Emergency Use Authorization - EUA*) aux États-Unis. L'auteur souligne les distinctions cruciales entre la réduction du risque relatif (RRR) et la réduction du risque absolu (RRA), la première étant souvent utilisée par les sociétés pharmaceutiques et les organismes de régulation pour impliquer une efficacité supérieure à celle observée dans les conditions réelles. Il aborde également les problèmes associés aux études cliniques conçues pour comparer les résultats de la maladie parmi les populations vaccinées et non vaccinées, soulignant que certaines de ces études ont été employées de manière incorrecte, voire frauduleuse. À titre d'exemple, certaines études réalisées au Canada ont été utilisées pour suggérer qu'après le déploiement des vaccins à ARNm, une grande majorité des personnes infectées par les variants de la COVID-19 n'étaient pas vaccinées, ce qui a conduit les gouvernements à affirmer que ces cas représentaient une « pandémie des non-vaccinés ». Bien que cela soit manifestement faux pour les variants ultérieurs du SRAS-CoV-2, cette idée continue d'être utilisée par les gouvernements et les médias pour encourager des niveaux de vaccination toujours plus élevés au sein de la population. L'auteur examine plus en détail les études cliniques de phase 3 sur l'humain du vaccin Pfizer-BioNTech et décrit la performance globale des vaccins contre la COVID-19, en tenant compte de l'émergence de « variants préoccupants ». Il est clair que les injections de rappel à ARNm contre la COVID-19 semblent induire une tolérance immunitaire au virus du SRAS-CoV-2, ainsi que des risques accrus de contracter la COVID-19.

Le ***chapitre 13***, intitulé « *Évaluation de l'innocuité des vaccins contre la COVID-19* » (Pelech & Shaw), passe en revue les études de sécurité clinique, y compris les recherches post-commercialisation, concernant les vaccins contre la COVID-19, et examine les bases de données relatives aux effets indésirables associés à ces vaccins. Parmi les effets indésirables notés lors des essais et après la mise sur le marché, on trouve divers troubles sanguins et de la coagulation, notamment chez les femmes pendant leurs cycles menstruels. Les auteurs analysent la littérature existante sur l'impact des

vaccins à ARNm sur la fertilité féminine et masculine, en mettant l'accent sur le nombre et la motilité des spermatozoïdes. Ces aspects sont également liés à la question de la baisse du taux de natalité, signalée comme une conséquence possible des vaccins, dans le contexte d'une diminution générale du taux de natalité dans le monde au cours des dernières décennies. Le chapitre examine de manière approfondie l'efficacité et la sécurité des vaccins chez les femmes enceintes, l'impact post-partum sur l'allaitement, ainsi que les potentielles altérations du développement postnatal chez les enfants nés de mères vaccinées, en considérant les éventuels impacts négatifs sur le développement de l'enfant. D'autres sujets abordés incluent les effets sur le système cardiovasculaire, notamment la myocardite et la myopéricardite, observés tant chez les personnes atteintes de la maladie que chez celles vaccinées, ainsi que certaines pathologies anatomiques post-mortem dans ce dernier groupe. Les décès cardiaques subits chez des athlètes d'élite sont également examinés dans ce contexte. Le chapitre explore ensuite les preuves de troubles neurologiques, notamment la paralysie de Bell, la maladie de Guillain-Barré et les convulsions associées aux vaccins contre la COVID-19. L'avant-dernière section souligne qu'il y a eu de nombreux décès excédentaires dans la population générale après le déploiement des vaccins. Enfin, les auteurs décrivent comment les agences de santé publique d'autres pays ont modifié leurs politiques relatives à la COVID-19 suite à l'émergence d'études cruciales.

Depuis la rédaction de ce chapitre, les préoccupations concernant la sécurité des vaccins contre la COVID-19 n'ont cessé de croître. Par exemple, une étude récente à grande échelle menée dans les pays nordiques d'Europe, incluant 29 837 participants, a révélé que 74,3 % des participants avaient ressenti au moins une réaction indésirable liée aux vaccins contre la COVID-19, tandis qu'environ 1 sur 400 avait présenté des réactions indésirables graves.[5] Il a également été constaté que, dans le système V-SAFE des CDC, qui compte 10 millions d'utilisateurs aux États-Unis, près de 8 % des personnes avaient eu besoin de soins médicaux ou d'hospitalisation après la vaccination, et de nombreuses autres ont déclaré avoir manqué l'école, le travail ou d'autres activités habituelles.[6, 7] Pendant ce temps, les responsables de la santé publique ont simplement répondu que si une personne se sentait mal après avoir reçu une injection de vaccin contre la COVID-19, cela constituait uniquement un signe que le vaccin était efficace.

Le ***chapitre 14***, intitulé « *Traitement thérapeutique de la COVID-19* » (Shaw, Pelech, Oldfield, Kreynes, Roscoe et Nakatsu), propose un aperçu des procédures et des propositions thérapeutiques destinées à traiter la COVID-19. Il aborde notamment les utilisations controversées de la ventilation (en opposition à l'intubation) chez les patients atteints de COVID-19 aigu, ainsi que les traitements encore plus controversés impliquant des thérapies déjà bien établies, telles que l'ivermectine et l'hydroxychloroquine. Le chapitre

explore également une variété d'autres traitements contre la COVID-19, en les examinant et en les critiquant. Il met en lumière certains traitements émergents utilisant des composés cannabinoïdes en raison de leur capacité potentielle à se lier à la protéine Spike du SRAS-CoV-2, ce qui pourrait atténuer les effets négatifs de cette protéine. Le traitement par la vitamine D3 est étudié en détail, les auteurs démontrant sa capacité à prévenir divers états pathologiques. Les nutraceutiques sont également examinés, ainsi que d'autres molécules, y compris les cannabinoïdes, tout en considérant les bénéfices potentiels des traitements probiotiques.

Le ***chapitre 15***, intitulé « *Le passé, le présent et l'avenir de la COVID-19 : les leçons apprises* » (Shaw), conclut le premier livre en offrant un aperçu de la manière dont le Canada, et en particulier la plupart des pays occidentaux, ont réagi à la pandémie au cours des cinq dernières années. Ce chapitre sert de prélude au présent livre.

1.3. Impact des mesures liées à la pandémie de COVID-19 sur les victimes

La réponse à la COVID-19 a engendré deux catégories distinctes de victimes : celles qui n'étaient pas vaccinées et qui ont subi des violations de leurs droits fondamentaux, et celles qui étaient vaccinées et qui ont souffert d'effets indésirables liés aux vaccins. Dans les deux cas, les conséquences ont été tragiques. Plus de 6 millions de Canadiens ont choisi de ne pas se faire vacciner contre la COVID-19. En plus de perdre des liens familiaux, des amis et des emplois, certains d'entre eux se sont également vu refuser l'accès à des services médicaux au Canada.

L'un des cas les plus marquants est celui d'Annette Sheila Lewis, une patiente atteinte de fibrose pulmonaire idiopathique en Alberta, qui devait subir une transplantation pulmonaire. Cependant, sa demande a été rejetée à moins qu'elle ne se fasse d'abord vacciner contre la COVID-19.[8] En 2018, elle avait été placée sur la liste d'attente pour une transplantation vitale et avait mis à jour tous ses vaccins d'enfance. Néanmoins, elle avait des préoccupations concernant la sécurité des vaccins contre la COVID-19 et ressentait une forte injustice face à l'exigence de vaccination pour recevoir un traitement médical essentiel. Avec le soutien du Centre de justice pour les libertés constitutionnelles, elle a porté sa plainte devant la Cour du banc du roi de l'Alberta. La cour a rejeté sa plainte contre l'*Alberta Health Authority*, affirmant que « *l'idée selon laquelle les médecins pourraient être soumis à la Charte sur leurs jugements cliniques pourrait entraîner un chaos médical, avec des patients demandant un contrôle judiciaire interminable des décisions cliniques* ».[9] La Cour d'appel de l'Alberta a également statué contre elle,[10] et la Cour suprême du Canada a refusé d'entendre son cas. Mme Lewis a finalement contracté la COVID-19, développant une immunité naturelle au virus SRAS-CoV-2, comme

en témoigne la forte présence d'anticorps dans son sang.[11] Dans une affaire ultérieure de faute professionnelle intentée en Colombie-Britannique par Sheikh Law contre les médecins de l'Alberta ayant initialement refusé d'effectuer la transplantation, un règlement à l'amiable a été atteint.[12] Bien que les détails du règlement demeurent confidentiels, Mme Lewis devait recevoir sa greffe. Malheureusement, elle est décédée le 24 août 2023, avant son opération prévue.

Garnet Harper, un homme de 35 ans et père de cinq enfants de Sudbury, en Ontario, est une autre victime de la discrimination du système de santé à l'égard des patients non vaccinés. M. Harper souffrait d'une maladie rénale terminale et s'est vu refuser une greffe de rein en raison de son refus de se faire vacciner contre la COVID-19.[13] Ses médecins ont même refusé de l'orienter vers un hôpital où l'intervention nécessaire à sa survie aurait pu être réalisée, à moins qu'il ne se fasse d'abord vacciner. Même deux de ses frères étaient prêts à lui faire don d'un rein. Après que M. Harper ait été placé sous assistance respiratoire avant son décès le 22 mai 2023, sa femme a reçu un appel du Réseau Trillium pour le don de vie, lui demandant si ses organes pouvaient être donnés à d'autres, vraisemblablement à des personnes répondant mieux aux exigences de vaccination contre la COVID-19.

Un autre cas tragique est celui de Kai Matthews, un jeune homme de 19 ans d'Halifax, en Nouvelle-Écosse, décédé le 1er juin 2021, inutilement d'une méningite en raison d'un retard dans son traitement lié à son statut COVID-19.[14] Bien que sa famille l'ait emmené aux urgences d'un hôpital d'Halifax, ils ont dû attendre dans leur voiture en raison des protocoles COVID-19. Ce n'est qu'après qu'un médecin ait finalement examiné M. Matthews vers minuit qu'il a été renvoyé chez lui, en attendant le résultat d'un test COVID-19. Malheureusement, son état s'est détérioré à un rythme alarmant. Lorsque les ambulanciers sont intervenus à son domicile après un appel au 911, ils ont informé la famille qu'il ne pouvait pas être transporté à l'hôpital tant que le résultat de son test COVID-19 n'était pas connu et ne s'avérait pas négatif. À 6 h 30, face à l'extrême douleur ressentie par M. Matthews, sa famille a décidé de le ramener aux urgences, où il a de nouveau été renvoyé après quelques heures. Cependant, sa famille a rapidement remarqué une éruption cutanée violette qui couvrait son cou et sa poitrine, et a réussi à convaincre une infirmière de le réexaminer. La gravité de son état a enfin été reconnue, et il a été immédiatement réadmis et traité avec des antibiotiques. La méningite résulte de l'inflammation des tissus entourant le cerveau et la moelle épinière, et peut être causée par divers virus, bactéries, champignons et parasites. En fin de compte, il s'est écoulé 16 heures entre le moment où M. Matthews a été emmené aux urgences et le moment où il a finalement reçu les antibiotiques. Dans le traitement de la méningite B, il est crucial de consulter immédiatement un médecin.

Malheureusement, il n'était pas rare que les cliniques médicales privées ne reçoivent pas de patients non vaccinés pendant la pandémie de COVID-19,[15] illustrant ainsi la peur que cette maladie suscitait parmi les professionnels de la santé et la population en général.

Les auteurs des différents chapitres de cet ouvrage proposent une évaluation approfondie de la véritable science derrière la COVID-19, ainsi que des efforts souvent malavisés de diverses institutions, y compris de nombreux gouvernements à tous les niveaux et de l'OMS, soutenus par des acteurs privés tels que la Fondation Bill et Melinda Gates et le FEM. Nous constatons désormais que la maladie ne présentait pas le caractère apocalyptique redouté et vendu initialement par les gouvernements et les médias, et que de nombreuses mesures prises au début étaient basées sur des modélisations dont la pertinence vis-à-vis de la santé publique est contestable. De plus, l'idée largement répandue selon laquelle les vaccins constituaient la « seule solution » à la pandémie, en particulier les « vaccins » à ARNm, s'est révélée exagérée. En effet, ces vaccins n'ont pas été aussi efficaces que les fabricants pharmaceutiques le prétendaient, ne prévenant pas les infections récurrentes chez les personnes vaccinées, n'atténuant pas systématiquement les symptômes et ne bloquant pas la transmission à autrui. Comme le démontre clairement notre premier livre, *COVID-19 BAS LES MASQUES : La véritable science derrière le Covid-19, sa prévention et son traitement*, ces vaccins n'étaient pas non plus systématiquement sûrs.

Nous en sommes désormais à un point de l'histoire de la pandémie où nous pouvons non seulement décortiquer plus clairement ses origines et les diverses réponses officielles, mais aussi commencer à saisir comment ces éléments ont considérablement ébranlé la confiance que la plupart d'entre nous accordaient aux institutions, qu'il s'agisse de la médecine, du système juridique ou des structures politiques qui nous avaient été présentées comme dignes de confiance. Certains affirment qu'une perte de confiance dans le gouvernement démocratique peut précipiter la fin de la démocratie et favoriser l'émergence de régimes autoritaires. Pourtant, c'est la vérité et la transparence qui ont permis aux démocraties occidentales de prospérer et d'éviter une dérive vers la dictature.

Les fractures actuelles au sein de la société, tant dans ces domaines que dans d'autres aspects de notre vie, sont au centre des réflexions de ce deuxième livre. Nous devons analyser comment la « capture » de nombreuses institutions s'est produite et explorer les moyens de réparer les dommages causés, ainsi que les façons de demander des comptes aux responsables. Ces tâches ne seront pas simples, mais elles sont cruciales si nous voulons espérer progresser en tant que société juste et libre.

L'avant-dernier chapitre de cet ouvrage, rédigé par Sean Arthur Joyce, propose une feuille de route à cet égard. Sans la capacité de comprendre

clairement notre passé et de connaître notre situation actuelle, nous risquons de reproduire les erreurs commises au cours des cinq dernières années. Les autorités sanitaires nous alertent déjà sur l'imminence d'une prochaine pandémie majeure.

Nous clôturons ce chapitre avec la citation qui a ouvert notre premier livre :

> « *Rien dans la vie n'est à craindre ; il faut seulement le comprendre. Il est temps de mieux comprendre, afin de moins craindre.* » – Marie Curie.

Nous espérons que ces deux ouvrages fourniront les connaissances indispensables pour orienter notre avenir vers une voie éclairée par l'éveil, la réflexion et l'ouverture d'esprit.

CHAPITRE 2

L'origine du SARS-CoV-2

Steven Pelech et Philip Oldfield

« Il n'y a rien de plus patient, dans ce monde
ou dans aucun autre, qu'un virus en quête d'un hôte. » – Mira Grant

2.1. Quand la COVID-19 a-t-elle commencé ?

Officiellement, les premiers cas de COVID-19 ont été identifiés en Chine à la fin de 2019. Le 27 décembre 2019, au sein de l'hôpital provincial de médecine chinoise et occidentale intégrée du Hubei (HPHICWM), le Dr Zhang Jixian, chef du département de médecine respiratoire et intensive, a pris en charge un couple de personnes âgées présentant de la fièvre et une détresse respiratoire. En observant de larges zones de pneumonie bilatérale sur une tomodensitométrie pulmonaire (TDM), le médecin a recommandé que leur fils, bien qu'en l'absence de symptômes, subisse également une TDM. À cette occasion, des lésions similaires ont été détectées. Ce couple et leur fils figurent parmi les premiers cas signalés et constituent le seul cas de transmission groupale jusqu'au 26 décembre 2019. Il convient de noter qu'ils n'avaient aucun lien connu avec le marché de Huanan à Wuhan, qui a été identifié comme l'épicentre de la pandémie de COVID-19.[1] Il est important de comprendre que la présence de trois cas au sein d'une même famille ne prouve pas nécessairement une transmission groupale.

Au Canada, le premier cas présumé de COVID-19, confirmé par la suite, a été signalé le 25 janvier 2020 à Toronto.[2] Il s'agissait d'un homme d'une cinquantaine d'années revenant de Wuhan, en Chine. Plus tôt dans le même mois, les CDC ont annoncé le premier cas de COVID-19 confirmé en laboratoire aux États-Unis. Celui-ci concernait un homme de 35 ans, détecté à partir d'échantillons prélevés le 18 janvier 2020 dans le comté de Snohomish, dans l'État de Washington. Ce jour-là, les CDC ont également activé leur centre des opérations d'urgence (*Emergency Operations Center - EOC*) en réponse à l'émergence de l'épidémie.[3] Le patient était également rentré aux États-Unis depuis Wuhan quelques jours plus tôt, le 15 janvier 2020.

Des indications suggèrent que le virus SRAS-CoV-2 était présent en Amérique du Nord bien avant la fin janvier 2020. Des tests sérologiques réalisés sur des échantillons de donneurs de sang américains, collectés par la Croix-Rouge américaine entre le 13 décembre 2019 et le 20 janvier 2020, ont confirmé la présence d'anticorps anti-SRAS-CoV-2 dans 1,4 % des 7 389 échantillons analysés. Parmi les 90 échantillons positifs aux anticorps, 84 ont

montré une activité neutralisante capable d'inhiber la liaison du domaine de liaison du récepteur de la Spike virale (*receptor-binding domain - RBD*) à l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ECA2) lors des tests de microneutralisation.[4, 5] La région RBD de la protéine Spike est cruciale pour la fixation et l'entrée du virus dans les cellules, via son interaction avec l'ECA2 présente à la surface des cellules hôtes. Par ailleurs, *USA Today* a rapporté que 171 personnes en Floride manifestaient des symptômes de COVID-19 dès janvier 2020, sans qu'aucune d'entre elles ne puisse signaler un voyage récent en provenance de Chine.[6]

En France, des chercheurs ont examiné des échantillons de sang prélevés fin 2019 pour détecter des cas précoces de COVID-19. Ils ont identifié un homme de 42 ans, hospitalisé le 27 décembre pour des symptômes de type grippal, qui s'est révélé positif au SRAS-CoV-2 lors d'un re-test de son échantillon. Cet homme n'avait aucun lien avec la Chine et n'avait pas voyagé récemment. Cependant, l'un de ses enfants présentait également des symptômes similaires avant que son père ne tombe malade.[7]

En Italie, des chercheurs ont rapporté le cas d'un garçon de 4 ans originaire de Milan, qui avait développé une toux et une rhinite (congestion nasale, écoulement nasal, éternuements et démangeaisons) le 21 novembre 2019.[8] Une analyse rétrospective d'échantillons de sang prélevés en 2019, initialement destinés à la détection de la rougeole, a révélé qu'il était positif au SRAS-CoV-2 par PCR, mais négatif à la rougeole. L'enfant n'avait déclaré aucun antécédent de voyage. Cette découverte remonte à trois mois avant le premier cas officiel enregistré à Codogno, dans la région de Lombardie, le 21 février 2020. Un deuxième cas positif au SRAS-CoV-2 a également été identifié en Italie grâce à un échantillon d'urine prélevé le 12 septembre 2019, chez un autre patient atteint de rougeole en Lombardie.[9] Par ailleurs, un média local a rapporté en janvier 2021 que le virus SRAS-CoV-2 avait été détecté sur plusieurs parties d'une biopsie cutanée d'une patiente à Milan, obtenue en novembre 2019, suggérant une possible épidémie antérieure de COVID-19 en Italie.[10]

L'Agence suédoise de santé publique a rapporté que des individus en Suède pourraient avoir été infectés par le SRAS-CoV-2 dès novembre 2019.[11]

Au Brésil, des chercheurs ont découvert l'ARN du SRAS-CoV-2 par PCR dans des échantillons d'eaux usées prélevés entre octobre et décembre 2019. Un échantillon daté du 27 novembre 2019 s'est révélé positif, confirmant ainsi la circulation du virus à Santa Catarina durant cette période.[12]

Bien que l'origine du coronavirus SRAS-CoV-2 soit tracée jusqu'en Chine, des interrogations subsistent quant à sa propagation apparente à partir de fin 2019. Une hypothèse évoquée concerne les 7e Jeux mondiaux militaires (JMM) du Conseil international des sports militaires (CISM), qui se sont tenus