



Lettre ouverte

6 Février, 2023

À : Alex Himelfarb, Ph.D.

The Council of Canadian Academies (CCA)
180 Elgin Street, Suite 1401
Ottawa
Ontario K2P 2K3

Re: Publication du CAC : Lignes de Fractures - Groupe d'experts sur les impacts socioéconomiques de la science et de la désinformation sur la santé

Cher Dr. Himelfarb:

Le Comité consultatif scientifique et médical (CCSM) de la Canadian Covid Care Alliance (CCCA) a lu avec intérêt le rapport susmentionné.¹ Ici, nous soulevons de nombreux problèmes que nous avons découverts lors de notre examen de ce document. En particulier, nous contestons la qualification ou l'absence de définition de ce qui constitue de la désinformation, le mépris des préoccupations légitimes associées à la gestion gouvernementale de la pandémie de COVID-19, ainsi que la modélisation et les conclusions erronées présentées au chapitre 4. Plusieurs de nos autres préoccupations ont déjà été soulignées dans un récent article du Financial Post qui propose également une critique précise de ce rapport du CAC.²

Compétences et Conflits d'Intérêts

Au CCCA, en tant que bénévoles professionnels, nous nous engageons à examiner attentivement la littérature scientifique d'une manière équilibrée et fondée sur des preuves, indépendamment du financement du gouvernement ou des entreprises. Par conséquent, nous sommes surpris par l'insinuation diffamatoire dans votre document selon laquelle notre organisation est un diffuseur de désinformation, comme le montre la figure 6.2 à la page 118 de votre rapport. Les 36 membres du CCSM, qui est principalement constitué de chercheurs biomédicaux et de professionnels de la santé, se réunissent chaque semaine et communiquent quotidiennement depuis plus de deux ans pour examiner attentivement la littérature scientifique et les données des autorités de santé publique du Canada et d'autres pays qui ont également adopté des contre-mesures médicales COVID-19 de grade militaire sans précédent en verrouillant leur population. Nos rangs comprennent de nombreux experts en immunologie, virologie, maladies infectieuses, produits pharmaceutiques, analyse de données et biochimie. Nos publications et vidéos ont été conçues pour éduquer et informer les Canadiens. Ils ont été produits pour servir le bien commun afin de permettre une prise de décision éclairée basée sur des preuves scientifiques de haute qualité et une éthique biomédicale qui préserve la dignité humaine et les libertés civiles.

¹ <https://cca-reports.ca/reports/the-socioeconomic-impacts-of-health-and-science-misinformation/>

² https://financialpost.com/opinion/cca-panel-offers-post-truth-misinformation-opinion?_ga=2

En tant que groupe de fournisseurs de soins de santé et de scientifiques concernés, nous avons envoyé une lettre le 30 septembre 2022 par voie postale et par courriel à l'actuel directeur de Santé Canada : l'honorable Jean-Yves Duclos, député ministre de la Santé.³ Nous n'avons pas reçu une réponse du ministre ou de Santé Canada depuis plus de quatre mois maintenant. Nous supposons que le gouvernement du Canada hésite à discuter de sa « soi-disant » approbation des vaccins à ARNm de la COVID-19, d'autant plus qu'il a négocié leur achat (un total d'environ 10 doses par habitant) des mois avant toute approbation officielle de Santé Canada de ces produits.⁴ Cela comprenait également d'importants engagements financiers envers leur future production nationale avec Moderna au Canada après leur échec initial pour leur approvisionnement auprès de CanSino Biologics en Chine. Il est raisonnable de supposer que de tels conflits d'intérêts financiers et une politisation intense de l'entreprise COVID-19 ont grossièrement étouffé un débat scientifique ouvert et de bonne foi au milieu d'un contrôle de l'information parrainé par l'État.

Compte tenu de votre financement gouvernemental d'Innovation, Sciences et Développement économique (ISDE) Canada, nous remettons en question la neutralité du panel formé de 13 experts qui ont été les principaux contributeurs à votre rapport. Nous notons que le panel, sur la base de leurs biographies, semble avoir des connaissances limitées dans les domaines de la virologie, de l'immunologie et des vaccins. Ceci est crucial pour comprendre les avantages et les risques des vaccins et des autres mesures qui ont été prises pendant la pandémie de COVID-19. Par conséquent, votre panel ne semble pas en mesure de faire la distinction entre les faits et les spéculations avec une compréhension approfondie de la littérature scientifique concernant la pandémie de COVID-19 et les solutions qui ont été proposées. Ils ne semblent pas être en mesure d'évaluer de manière critique les données et de tenir dûment compte des faiblesses et des limites des études publiées. Par exemple, le professeur Timothy Caulfield de votre panel n'a qu'un diplôme de premier cycle en sciences, et bien qu'il puisse avoir une bonne base sur les questions juridiques et éthiques, d'après ses nombreuses communications dans les médias sociaux et ses publications, il est évident qu'il n'a pas reconnu la désinformation ou les lacunes de nombreuses déclarations émises par des responsables de la santé publique non élus qui ont malheureusement influencé la prise de décision politique. Il a déclaré publiquement qu'il n'avait aucun intérêt à débattre avec des scientifiques ayant des opinions contraires.⁵ Il continue d'ignorer même les récents appels à discuter avec le Dr Byram Bridle, qui est membre du CCSM au CCCA.

Définir la Désinformation

La question même de la définition de ce qui est de la désinformation versus des faits n'est pas abordée dans votre rapport. Nous craignons que ce rapport puisse facilement être utilisé comme arme par les personnes au pouvoir pour faire taire les dissidents et supprimer la vérité, comme nous le rappelle l'histoire des régimes autoritaires. Il semblerait que dans l'excès de zèle visant à étouffer tout débat contre les affirmations dogmatiques et apparemment infaillibles établies par certains « experts de la santé », les préoccupations légitimes de milliers de scientifiques et de médecins concernant l'insuffisance des tests cliniques et de l'efficacité, la fabrication et la distribution non conformes aux normes, ainsi que les risques des prototypes génétiques des vaccins COVID-19 ont été fortement censurés et ignorés. Cette adhésion au dogme politique au lieu des faits scientifiques a été illustrée dans le cas des 60 000 scientifiques et professionnels de la santé qui

³ https://www.canadiancovidcarealliance.org/wp-content/uploads/2022/10/22SE30_Oldfield-Letter-to-Duclos.pdf

⁴ <https://www.canada.ca/en/public-services-procurement/news/2020/09/government-of-canada-signs-new-agreements-to-secure-additional-vaccine-candidate-and-treatment-for-covid-19.html>

⁵ <https://vancouversun.com/opinion/columnists/ian-mulgrew-science-proves-to-be-messy-on-the-fly>

ont signé la Déclaration de Great Barrington, exprimant leurs « graves inquiétudes quant aux effets néfastes sur la santé physique et mentale des politiques actuelles concernant le COVID-19 » et dont les inquiétudes ont été injustement réduites au silence et rejetées.⁶ Outre les vaccinations COVID-19, cette déclaration critiquait d'autres mesures, notamment les mesures de confinement, les fermetures arbitraires d'écoles et de lieux de travail et la mise en quarantaine de personnes présumées positives au test PCR, mais par ailleurs en bonne santé et « asymptomatiques ».

Balayer d'un revers de main les informations qui ne correspondent pas au discours de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en les qualifiant de désinformation ne sert pas l'intérêt public. Alors qu'au Canada, l'ASPC préconise toujours la vaccination contre la COVID-19 des bébés dès l'âge de 6 mois, les autorités de santé publique d'autres pays comme, l'Australie, le Danemark, la Finlande, la Norvège, le Royaume-Uni et la Suède ne la préconisent pas, et dans certains cas n'offrent pas les mêmes vaccins aux moins de 12 ans. Même le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) du Canada a recommandé que la vaccination des enfants de moins de 5 ans soit discrétionnaire.⁷ De plus, l'utilisation des vaccins à base d'ADN adénoviral a finalement été suspendue dans la plupart des pays développés en raison d'événements indésirables liés à la coagulation, et ce après que les autorités se soient portées garantes de leur sécurité tout en encourageant leur utilisation mixte avec des nanoparticules lipidiques d'ARNm modifiés provenant de différents fabricants, indépendamment des variations de dosage, des constituants du produit et du mécanisme de transfection, sans aucune preuve à l'appui quant à l'innocuité ou à l'efficacité d'une telle pratique.

En examinant, notamment, des données identiques ou similaires à celles de Santé Canada, les autorités sanitaires étrangères sont essentiellement arrivées aux mêmes conclusions que la CCCA dans le message publié sur les réseaux sociaux que vous avez « étiquetés » de « désinformation » à la figure 6.2 de votre rapport. Plusieurs autorités sanitaires étrangères clés ont déterminé que le profil d'innocuité et d'efficacité des vaccins COVID-19 n'est pas suffisant pour justifier la poursuite de la vaccination des jeunes enfants. Plusieurs de ces pays, comme l'Australie, le Danemark et le Royaume-Uni, ne recommandent également plus les injections de rappel pour les moins de 40 ans et même 50 ans. Pourtant, au lieu d'examiner sérieusement ces preuves, votre rapport qualifie avec dédain une telle analyse de désinformation.

Le Canada a largement adopté un modèle de santé publique fondé sur la « quarantaine jusqu'à la vaccination » qui était truffé d'absurdités et de contradictions, de campagnes de peur, de perturbations sociales, de fermetures d'écoles et d'entreprises, de transfert de richesse sans précédent, de restrictions de voyage et, en fin de compte, d'une détérioration de la santé physique et mentale touchant de façon disproportionnée les pauvres, les marginaux et les enfants/jeunes adultes. Par exemple, les dommages collatéraux (comme les morts de désespoir) comprennent une augmentation de 135 % des décès liés aux opioïdes dans la seule province de l'Ontario au cours des six premiers mois de 2020 par rapport à 2019, qui ont touché principalement les jeunes hommes adultes, ce qui équivaut à 17 843 décès supplémentaires en années de vie perdues.⁸ Aucune de ces décisions extraordinaires de santé publique avec des préjudices documentés ne semble avoir été sérieusement prise en compte dans votre rapport.

⁶ <https://gbdeclaration.org/view-signatures/>

⁷ <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/guidance-covid-19-vaccine-booster-doses-initial-considerations-2023.html>

⁸ Gomes T, Kitchen SA, Murray R. Measuring the Burden of Opioid-Related Mortality in Ontario, Canada, During the COVID-19 Pandemic. JAMA Netw Open. 2021;4(5):e2112865. doi:[10.1001/jamanetworkopen.2021.12865](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.12865)

Importance du Débat Scientifique

Le discours et le débat scientifique sont essentiels pour garantir l'efficacité et la sécurité des médicaments, vaccins et autres pratiques sanitaires que nous soumettons à notre communauté. C'est particulièrement le cas pour les produits injectables obligatoires et sans responsabilité légale qui ont été présentés de manière agressive à tous les individus en bonne santé comme des « agents prophylactiques » sûrs qui étaient le seul moyen pour mettre fin à la pandémie, indépendamment des problèmes de santé individuels, même s'ils avaient déjà été infectés et étaient guéris (par l'immunité naturelle) et aux premiers stades de la grossesse et du développement du fœtus. Sans ce discours, les effets nocifs des produits initialement approuvés comme la thalidomide, le diéthylstilbestrol, le Vioxx et l'OxyContin, ainsi que le vaccin contre la grippe porcine de 1976, n'auraient pas été révélés et retirés du marché. Aujourd'hui encore, les systèmes gouvernementaux de notification des effets indésirables des vaccins, comme le VAERS de la FDA américaine,⁹ l'EudraVigilance de l'Agence européenne des médicaments ou le VigiAccess de l'Organisation mondiale de la santé, ont recensé plus de blessures et de décès attribués aux vaccins COVID-19 au cours des deux dernières années que sur plus des 80 autres vaccins réunis au cours des 30 dernières années. Tous les vaccins ne sont pas équivalents et ne favorisent pas nécessairement la santé en raison d'*effets indésirables non spécifiques, mal compris et involontaires* rarement mesurés dans les essais cliniques, comme le montre la mortalité infantile cinq fois plus élevée chez les enfants vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) que chez les enfants non vaccinés contre le DTC en Guinée-Bissau, qui pourrait être modulée par l'utilisation d'un vaccin antipoliomyélitique oral.¹⁰

L'application des principes de Bradford-Hill pour établir la causalité à partir d'une simple association dans les données d'observation a largement été satisfaite sur la base de plusieurs mesures à ce stade. Il s'agit notamment de la *cohérence* des effets indésirables signalés dans différentes régions en fonction des taux de vaccination/de rappel, de la *temporalité* des effets indésirables enregistrés dans les heures/jours/semaines suivant l'injection, et du *gradient biologique* avec des résultats cliniques plus mauvais (par exemple, la myocardite et la myopéricardite) attribués à des injections plus fréquentes et/ou à l'utilisation de produits à dosage plus élevé d'ARNm. De plus, la *plausibilité/cohérence* a été satisfaite sur la base des nombreux mécanismes de nuisance, y compris la réponse auto-immune contre l'expression incontrôlée de la protéine de pointe non autonome/virale, et l'expérience tirée de l'examen de la littérature scientifique croissante sur la COVID-19. Par exemple, la nature hautement inflammatoire des lipides cationiques utilisés comme adjuvants/soutiens/stabilisateurs des produits d'ARNm modifiés pour assurer leur large distribution au-delà du site d'injection, comme l'ont confirmé les études précliniques sur les souris réalisées *après* le début de la campagne de vaccination de masse.¹¹

Désinformation dans la Promotion de la Vaccination

Les principaux responsables de la promotion de la désinformation ont été les agences de santé publique, relayées par les médias grand public, qui tirent une partie importante de leurs fonds de fonctionnement de

⁹ <https://www.openvaers.com>

¹⁰ Mogensen SW, Andersen A, Rodrigues A, Benn CS, Aaby P. The Introduction of Diphtheria-Tetanus-Pertussis and Oral Polio Vaccine Among Young Infants in an Urban African Community: A Natural Experiment. EBioMedicine. 2017 Mar;17:192-198. doi: [10.1016/j.ebiom.2017.01.041](https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2017.01.041). Epub 2017 Feb 1. PMID: 28188123; PMCID: [PMC5360569](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC5360569/).

¹¹ Ndeupen S, Qin Z, Jacobsen S, Bouteau A, Estambouli H, Igyártó BZ. The mRNA-LNP platform's lipid nanoparticle component used in preclinical vaccine studies is highly inflammatory. iScience. 2021 Dec 17;24(12):103479. doi: [10.1016/j.isci.2021.103479](https://doi.org/10.1016/j.isci.2021.103479). Epub 2021 Nov 20. PMID: 34841223; PMCID: [PMC8604799](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC8604799/).

subventions et de publicités des gouvernements et des sociétés pharmaceutiques. En outre, la collusion active entre les médias mondiaux, les entreprises technologiques et leurs partenaires commerciaux et philanthropiques pour « combattre la désinformation nuisible sur les vaccins » à la fin de 2020, avant le lancement des vaccins COVID-19, est un enjeu de notoriété publique (cf. Trusted News Initiative). Le contrôle de l'information, les stratégies de modification du comportement (c'est-à-dire les unités d'incitation) et le changement du sens des mots (c'est-à-dire la redéfinition des vaccins, des pandémies, de l'immunité collective) ont été cyniquement modifiés pour embrouiller et confondre la population, y compris un déni de l'efficacité de l'immunité naturelle suite à l'infection. Bon nombre des méthodes attribuées à la diffusion de fausses informations dans votre rapport ont en fait été pratiquées par des agences de santé publique, des responsables gouvernementaux et des collègues de réglementation pour les médecins et d'autres ordres des professionnels de santé. Par exemple, jusqu'à l'année dernière, toute personne testée positive à la PCR pour le SRAS-CoV-2, malgré un taux de faux positifs pouvant atteindre 90 % en raison des nombres élevés de cycles thermiques généralement utilisés pour le diagnostic, était comptabilisée comme un cas COVID-19 dans les statistiques sur les hospitalisations, les admissions en soins intensifs et les décès. Cela incluait les personnes qui avaient été vaccinées, mais qui ont contracté la COVID-19 dans les 2 à 3 semaines suivant leur vaccination, et qui ont été classées comme non vaccinées à des fins statistiques. L'année dernière, les autorités de santé publique et les hôpitaux ont finalement admis qu'ils avaient considérablement surestimé les admissions à l'hôpital pour COVID-19 en ne différenciant pas les admissions « pour COVID-19 » des admissions « avec COVID-19 ».

De nombreux scientifiques et médecins crédibles qui ont soulevé de telles préoccupations ont été menacés, muselés, censurés et ridiculisés publiquement, avec la perspective de perdre leurs moyens de subsistance. Le Dr Patrick Provost, membre du CCSM, en a fait de nouveau l'expérience, avec une deuxième suspension de quatre mois sans salaire par l'Université Laval pour n'avoir que simplement énoncé ce qui est soutenu dans la littérature scientifique évaluée par les pairs.¹² Votre rapport ne fait que contribuer davantage aux efforts visant à réduire au silence et à décourager ceux qui sont bien informés sur ces questions, de s'exprimer et de protéger le public canadien contre la fraude, la malversation et la corruption.

Votre rapport, produit grâce au financement d'ISDE, semble suivre la tendance d'autres initiatives parrainées par des organismes gouvernementaux conçues pour contrer l'hésitation à se faire vacciner. Par exemple, le Dr Donald Redelmeier du Centre des Sciences de la Santé de Sunnybrook a également reçu une subvention de 50 000\$ du CRSNG pour « encourager la confiance dans les vaccins au Canada ». Dans une étude mal réalisée et facilement contredite, qui a bénéficié d'une large couverture médiatique, lui et son équipe ont récemment rapporté dans l'American Journal of Medicine que l'hésitation à se faire vacciner était corrélée à un risque accru d'accidents de la route en Ontario.¹³ Ce même chercheur a également rapporté qu'une faible consommation de fruits était liée à un risque accru de décès sur la route aux États-Unis.¹⁴

Dans une publication récente dont la Dre Teresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, est co-auteure, on affirme que sans les politiques gouvernementales sur la COVID-19, y compris la promotion

¹² https://www.theepochtimes.com/laval-university-professor-suspended-for-vaccine-criticism-faces-new-disciplinary-threat_4734126.html

¹³ Redelmeier DA, Wang J, Thiruchelvam D. COVID Vaccine Hesitancy and Risk of a Traffic Crash. Am J Med. 2023 Feb;136(2):153-162.e5. doi: [10.1016/j.amjmed.2022.11.002](https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2022.11.002). Epub 2022 Dec 2. PMID: 36470796; PMCID: PMC9716428.

¹⁴ Wang, J., Redelmeier, D.A. Vaccine Hesitancy and Traffic Deaths: Ecological Analyses. J GEN INTERN MED (2023). <https://doi.org/10.1007/s11606-022-08008-z>

des vaccins contre la COVID-19, il y aurait eu jusqu'à 800 000 décès dus au COVID -19 au Canada.¹⁵ Ce résultat incroyable correspond à un taux de mortalité par habitant plus élevé que pour toutes les vies canadiennes perdues durant la Première Guerre mondiale, la pandémie de grippe de 1918 et la Seconde Guerre mondiale combinées. Cette modélisation était basée sur un taux de létalité par infection (IFR) pour la COVID-19 dans la population générale de 1 sur 100, ce qui est faux par au moins un ordre de grandeur. Même avec un IFR de 1 %, compte tenu de la taille de la population canadienne, cela représente 380 000 personnes. Malgré l'ample publicité dans les médias pour les conclusions ridicules de cette publication dans le CCDR de l'Agence de la santé publique du Canada, nous n'avons observé aucune critique du professeur Caulfield dans sa croisade pour dénoncer la « désinformation » de cet article. En fait, les données du monde réel provenant d'études sur la séroprévalence mondiale indiquent un IFR médian de 0,034 % chez les personnes de moins de 60 ans. Rappelons que cette catégorie de la population comporte, comme on l'a constaté au début de la pandémie.¹⁶ En fait, la pandémie de COVID-19 n'est probablement que le reflet d'une pandémie croissante d'obésité, d'une mauvaise alimentation/de mode de vie, d'un syndrome métabolique et d'un fardeau/comorbidités de maladies chroniques (par exemple, diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, fragilité, etc.) dans la plupart des pays développés, dont les populations sont également plus vulnérables aux infections respiratoires saisonnières.¹⁷ Malheureusement, les politiques draconiennes de santé publique préconisées pour la COVID-19 n'ont fait qu'exacerber les inégalités existantes en matière de santé et n'ont finalement pas réussi à protéger les personnes les plus à risque, tout en transférant le fardeau socio-économique sans discernement sur l'ensemble à la population.

Votre propre rapport au chapitre 4 suggère que la « désinformation » a entraîné 2 800 décès supplémentaires dus au COVID-19 en raison de l'hésitation à se faire vacciner. Au cours de la première année de la pandémie de COVID-19 au Canada, on a enregistré 14 642 décès dus au COVID-19 avant la disponibilité des vaccins. Il y a eu environ 14 580 et 20 344 décès supplémentaires associés au COVID-19, respectivement en 2021 et en 2022. Ainsi, malgré la prévalence des variants Omicron moins virulents du SRAS-CoV-2 et environ 87 % de la population ayant reçu deux doses ou plus de vaccins en 2022, le nombre de décès liés au COVID-19 était de 39 % plus élevé qu'en 2020. Des études, dont celles menées par la Santé publique d'Ontario,¹⁸ ont indiqué que près de la moitié de ces décès n'étaient pas dus au COVID-19 lui-même, mais plutôt à d'autres comorbidités. Par conséquent, il ne semble pas y avoir de corrélation entre la vaccination et la réduction des décès liés au COVID-19. Ceci est conforme aux résultats publiés des études cliniques de phase III de 6 mois initialement menées avec ces vaccins, qui ont montré un nombre de décès plus élevé dans la cohorte des vaccinés.¹⁹

¹⁵ <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2022-48/issue-7-8-july-august-2022/counterfactuals-effects-vaccination-public-health-measures-covid-19-cases-canada.html>

¹⁶ Pezzullo AM, Axfors C, Contopoulos-Ioannidis DG, Apostolatos A, Ioannidis JPA. Age-stratified infection fatality rate of COVID-19 in the non-elderly population. *Environ Res.* 2023 Jan 1;216(Pt 3):114655. doi: [10.1016/j.envres.2022.114655](https://doi.org/10.1016/j.envres.2022.114655). Epub 2022 Oct 28. PMID: 36341800; PMCID: PMC9613797.

¹⁷ Stefan, N., Birkenfeld, A.L. & Schulze, M.B. Global pandemics interconnected — obesity, impaired metabolic health and COVID-19. *Nat Rev Endocrinol* 17, 135–149 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41574-020-00462-1>

¹⁸ <https://data.ontario.ca/en/dataset?groups=2019-novel-coronavirus>

¹⁹ Thomas SJ, Moreira ED Jr, Kitchin N, *et al.* Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine through 6 Months. *N Engl J Med.* 2021 Nov 4;385(19):1761-1773. doi: [10.1056/NEJMoa2110345](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2110345). Epub 2021 Sep 15. PMID: 34525277; PMCID: PMC8461570.

De plus, votre modélisation ne tient pas compte des décès qui ont pu survenir à la suite de blessures provoquées par le vaccin COVID-19. Par exemple, le VAERS affiche plus de 33 900 décès présumés liés aux vaccins COVID-19 rien qu'aux États-Unis,⁹ alors que aussi peu que moins de 2 % des blessures causées par les vaccins y seraient enregistrées dans le VAERS.²⁰ De plus, on estime que le taux de vaccination anti-COVID-19 est plus faible dans la population américaine, soit environ 79 % avec deux inoculations ou plus, comparativement à environ 87 % au Canada. Les taux de vaccination étant plus faibles aux États-Unis qu'au Canada, les taux de lésions dues aux vaccins per capita devraient également être plus faibles. En outre, contrairement au Canada, le vaccin COVID-19 d'Astra-Zeneca n'a pas été approuvé par la FDA aux États-Unis. Si l'on ignore les différences dans les taux de vaccination, mais que l'on tient compte des différences de la taille des populations américaine et canadienne, il y aurait l'équivalent d'environ 3 900 rapports de décès pour le Canada. Bien que tous les décès enregistrés dans le VAERS ne soient pas nécessairement causés par les vaccins COVID-19, il est raisonnable de multiplier ce nombre par au moins 10, en raison d'une sous-déclaration connue au VAERS, pour avoir une meilleure idée des décès réels dus aux vaccins COVID-19. Ainsi, le nombre total de décès attribuables au vaccin COVID-19 au Canada peut être comparable à ceux attribuables au seul COVID-19.

En raison d'une classification erronée des décès, compte tenu des incitations à sur-déclarer les cas de COVID-19 tout en minimisant le signalement des effets indésirables graves associés aux vaccins, la seule approche exempte de biais pour évaluer l'impact à long terme des politiques de santé publique, y compris les vaccinations de masse, consiste à évaluer les taux de mortalité, d'invalidité et de natalité excédentaires stratifiés par l'âge dans différents pays en fonction du taux de primovaccination/injection de rappel dans la population. Le taux de mortalité toutes causes confondues en 2022 était plus élevé que celui de 2021, qui était lui-même plus élevé que celui de 2020, ce qui indique que les mesures mises en place par notre gouvernement n'ont peut-être pas eu un impact positif global sur la crise, mais l'ont plutôt aggravée davantage que le virus seul sans aucune mesure. Un tel examen n'a, à notre connaissance, été entrepris par aucune agence ou autorité de santé publique au Canada malgré l'augmentation alarmante de la surmortalité au Canada et dans d'autres pays fortement vaccinés à travers le monde à la suite du déploiement des campagnes de vaccination de masse.

Malgré les affirmations des autorités de santé publique selon lesquelles les vaccins COVID-19 ont empêché la transmission du SRAS-CoV-2, l'hospitalisation, et/ou la gravité de la maladie chez ceux qui l'ont contractée, ces prétentions n'ont en fait été ni testé ni démontré dans aucun essai clinique contrôlé de phase III comme critères d'évaluation primaire ou secondaires. De plus, les affirmations initiales des responsables de la santé publique selon lesquelles les vaccins à ARNm de courte durée resteraient à proximité du site d'injection sans distribution généralisée/incontrôlée et avec effets secondaires rares (moins de 1:100 000) sont aujourd'hui largement démenties. Les injections de rappel répétées suscitent également des inquiétudes alarmantes en ce qui concerne la tolérance immunitaire et l'empreinte immunitaire en lien avec la vaccination, en plus des autres complications thrombotiques, cardiaques et neurologiques graves dont le risque augmente avec chaque nouvelles injections.

On a également prétendu que le port du masque réduisait la transmission du COVID-19, alors qu'aucune étude sur les pandémies de grippe n'avait étayé. Cette affirmation a cependant été démentie de manière concluante

²⁰ [Lazarus R, Klompas M. Harvard Pilgrim Study - Lazarus Final Report 2011 | PDF | Electronic Health Record | Adverse Effect. Grant Final Report ID R18 HS 017045.](#)

pour le COVID-19 par une récente étude de Cochrane²¹ qui montre que même les masques N95 n'ont pas permis de réduire de manière significative la transmission du SRAS-CoV-2.²² Presque toutes les obligations du port du masque en milieu de travail reposaient sur la fausse prémisse qu'ils garantissaient la sécurité sur le lieu de travail et la réduction de la transmission (c'est-à-dire un avantage sociétal), ce qui était infondé et indémontrable, comme en témoigne la grande vague d'infections Omicron du SARS-CoV-2 à la fin de 2021 et au début de 2022.

Aller de l'Avant

L'incapacité des vaccins COVID-19 à maintenir l'immunité contre le SRAS-CoV-2, même après quatre inoculations sur une période de 18 mois, démontre leur échec manifeste. Heureusement, la virulence réduite des récents variants Omicron du SRAS-CoV-2 et l'acquisition d'une immunité naturelle par plus de 85 % de la population après leur infection virale, ont nettement fait baisser le niveau de menace de cette pandémie, contrairement aux déclarations de nos autorités sanitaires. Cela rend clairement caduque la nécessité de vacciner la grande majorité de notre population en bonne santé, y compris les nourrissons et les enfants, en utilisant des injections d'ARNm génétiques obsolètes, inutiles, dangereuses et finalement d'une efficacité négative, faussement commercialisées comme des vaccins efficaces, alors que l'on n'est jamais complètement immunisé.

La seule façon de déterminer si le gouvernement actuel est honnête avec le peuple canadien ou non, est d'avoir un dialogue public ouvert pour discuter scientifiquement de la gestion de la pandémie de COVID-19 par le gouvernement. S'il est clair que différents types de désinformation abondent dans les médias sociaux en ce qui concerne les vaccins et d'autres traitements contre le COVID-19, il y a aussi beaucoup de confusion et de désinformation pure et simple émanant des autorités de santé publique et des médias autoproclamés « fiables ». Ce n'est que par la promotion active du débat sur les politiques controversées de santé publique que le grand public pourra être correctement servi et prendre des décisions éclairées sur la meilleure marche à suivre pour faire face à la pandémie de COVID-19 et aux futures urgences sanitaires. Aucun individu ou organisation ne peut prétendre « posséder la science ». L'approche condescendante des « experts de la santé » qui supposent que le public ne peut pas prendre de décisions éclairées sur la base d'informations fiables à la suite d'une évaluation personnelle des prétendus avantages et risques d'une intervention médicale est un renversement complet des principes de la médecine fondée sur les preuves et l'éthique biomédicale. L'application de la méthode scientifique est une stratégie efficace pour découvrir la vérité. Les connaissances évoluent constamment à mesure que les données s'accumulent, et les gens doivent reconnaître et admettre qu'ils se sont trompés et qu'il existe une incertitude considérable basée sur des preuves de mauvaise qualité. Il est essentiel d'évaluer continuellement, de manière transparente et avec soin les preuves scientifiques afin de garantir que les graves erreurs de politique de santé publique mises à nu par la pandémie de COVID-19 ne se reproduisent plus à l'avenir.

²¹ https://www.cochrane.org/CD006207/ARI_do-physical-measures-such-hand-washing-or-wearing-masks-stop-or-slow-down-spread-respiratory-viruses

²² L'étude de Cochrane de 2023 conclut que « Les résultats regroupés des essais randomisés n'ont pas montré une réduction claire de l'infection respiratoire virale avec l'utilisation de masques médicaux ou chirurgicaux... ». Cette affirmation, si l'on en croit le paragraphe 2 de la page 4 du rapport Lignes de faille, est pourtant considérée comme de la désinformation si on se réfère à la définition qui en est faite à la section 1.2.

En conclusion, nous vous demandons, ainsi qu'aux autres membres de votre groupe de travail, de reconsidérer le manque de précision dans la modélisation et les conclusions énoncées dans votre rapport concernant l'impact de « la réticence à la vaccination » sur les décès inutiles présumés et les coûts d'hospitalisation et d'autres résultats économiques. Ainsi, tous les Canadiens bénéficieront d'une modélisation précise et d'un discours public véridique, tenant compte de toutes les données et preuves disponibles, non colorées par des motivations politiques. Nous demandons également une rétractation publique de l'étiquetage inexact et diffamatoire dans votre rapport de la campagne « arrêtez les injections » de la CCCA comme étant de la désinformation.

Respectueusement soumis par :

Byram W. Bridle, MSc, PhD, professeur associé d'immunologie virale, département de pathobiologie, Université de Guelph

Dr. Philip Britz-McKibbin, PhD, Professeur, Département de chimie et de biologie chimique, Université McMaster

Dr. Claudia Chaufan, MD, PhD, Professeur agrégé, Politique de la santé et santé mondiale, Université York

Dr. L. Maria Gutschi, BSc Pharm, Pharm D, Consultant en pharmacie, ex-Scientific Officer

Dr. John Hardie, BDS, MSc, PhD, FRCDC, Pathologiste buccal (retraité), ancien chef du département de médecine dentaire de l'Hôpital Général de Vancouver

Dr. York Hsiang, MB, MHSc, FRCSC, Professeur émérite de chirurgie, Université de la Colombie-Britannique

D. Niel A. Karrow, MSc, PhD, Professeur d'immunotoxicologie, Département des biosciences animales, Université de Guelph

Dr. Bonnie Mallard, MSc, PhD, Professeur d'immunogénétique, Département de pathobiologie, Université de Guelph

Dr. Kanji Nakatsu, PhD, Professeur émérite, Département de pharmacologie, Université Queen

Dr Susan Natsheh, MD, pédiatre (retraîtée), ancienne professeure associée, Université Dalhousie

Dr. Philip R. Oldfield, DPhil, CSci, CChem, FRSC (UK) (retraité)

Dr Eric T. Payne, MD, FRCPC, professeur adjoint de clinique, pédiatrie, Université de Calgary

Dr. Steven Pelech, PhD, Professeur, Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique ; Président et directeur scientifique, Kinexus Bioinformatics Corporation

Dr Christopher Pinto, MD, Médecin, Pratique indépendante

Dr. Patrick Provost, PhD, Professeur titulaire, Département de microbiologie-infectiologie et immunologie, Université Laval

Dr. Denis Rancourt, PhD, Chercheur scientifique interdisciplinaire, épidémiologiste, ancien professeur de physique, Université d'Ottawa

Dr. Wendi Roscoe, PhD, Professeur, Département des sciences de la santé, Fanshawe College

Dr. Christopher A. Shaw, PhD, Professor, Département d'ophtalmologie, Université de la Colombie-Britannique

Dr. David J. Speicher, PhD, DTM, Professeur adjoint de biologie et sciences de la santé, sciences naturelles et mathématiques, Université Redeemer

Dr. Lauraine Wagter-Lesperance, PhD, Senior Research Associate & Regulatory Affairs Manager High Immune Response Technology, Université de Guelph