
Expert Report

Submitted by

Marie-Claude Prémont

June 29, 2014

In the context of the present case before the Supreme Court of British Columbia: *Cambie Surgeries Corporation et al v Medical Services Commission of British Columbia, Minister of Health of British Columbia, and Attorney General of British Columbia*

TABLE OF CONTENTS

LIST OF ACRONYMS	3
ACKNOWLEDGEMENT	3
QUALIFICATIONS	3
MANDATE	4
1. THE CHAOUILLI DECISION	4
1.1. SUMMARY OF DECISION	4
1.2. PRELIMINARY OBSERVATIONS	4
2. HEALTHCARE IS MAINLY A PROVINCIAL PREROGATIVE: PROVINCIAL LEGISLATION IS THEREFORE CENTRAL	5
2.1. THE THREE PROVINCIAL REGULATORY MEASURES	5
2.2. THE USE OF THE THREE REGULATORY MEASURES AVAILABLE TO CANADIAN PROVINCES	6
2.3. THE NEEDS OF A THRIVING HEALTH INDUSTRY	11
2.4. THE THREE MEASURES IN BRITISH COLUMBIA AND QUEBEC	12
2.5. THE PURVIEW OF THE THREE REGULATORY MEASURES	13
3. CHANGES IN QUEBEC FOLLOWING THE CHAOUILLI DECISION	15
3.1. LEGAL CHANGES	15
3.2. ADMINISTRATIVE CHANGES	19
4. SUMMARY AND CONCLUSION	21
REFERENCES	23

LIST OF TABLES

TABLE 1 — USE OF THE THREE MEASURES OF REGULATION BY CANADIAN PROVINCES	8
TABLE 2 — CANADIAN POPULATION COVERED BY THE PROHIBITION OF DUPLICATIVE PRIVATE INSURANCE	9
TABLE 3 — CANADIAN POPULATION OPEN TO PRIVATE DUPLICATIVE INSURANCE	10
TABLE 4 — CANADIAN POPULATION COVERED BY AT LEAST TWO PROVINCIAL REGULATORY MEASURES.....	10
TABLE 5 — USE OF THE THREE REGULATORY MEASURES BY BRITISH COLUMBIA AND QUEBEC (BEFORE AND AFTER <i>CHAOULLI</i>)	13
TABLE 6 — NUMBER OF SPECIALIZED MEDICAL CENTERS WITH A PERMIT AS OF MAY 6, 2014	18
TABLE 7 — NUMBER OF SURGERIES TRANSFERRED FROM PUBLIC HOSPITALS TO SPECIALIZED MEDICAL CENTERS IN QUÉBEC BETWEEN 2008 AND JUNE 2014.....	20
TABLE 8 — NUMBER OF NON-PARTICIPATING PHYSICIANS IN QUÉBEC, IN 2005 AND 2014.....	21

List of Acronyms

AHSSS	<i>Act Respecting Health Services and Social Services of Quebec</i>
CHA	<i>Canada Health Act</i>
CIHI	Canadian Institute for Health Information
HeIA	<i>Health Insurance Act of Quebec</i>
HoIA	<i>Hospital Insurance Act of Quebec</i>
MPA	<i>Medicare Protection Act of British Columbia</i>
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
R.S.Q.	<i>Revised Statutes of Quebec</i>
SMC	Specialized Medical Center (Quebec)

Acknowledgement

I am aware of my duty under Rule 11-2 of the British Columbia Supreme Court Civil Rules to assist the court and not assume the role of advocate for any party, and I certify that this report is made in conformity with that duty and that if called upon to give testimony, I will do so in conformity with that duty.

Qualifications

I am a Full Professor at the École nationale d'administration publique (ENAP) in Montreal, which I joined 7 years ago, after 13 years at the Faculty of Law of McGill University. I am a member of the Quebec Bar since 1985 as well as a member of the Professional Engineers Corporation of Quebec. I teach and conduct research specializing in the field of Health Law and Municipal Law. A copy of my *Curriculum Vitae* is Attachment 1 to this report. My research in health law focuses on healthcare organization, delivery, and financing. I have published numerous papers and given many talks across Canada following the seminal *Chaoulli* decision, both as an analyst of the decision itself and also to explain the political meaning of the decision and the consequential legal and administrative changes made by the government of Quebec. My expert report will be based on five papers published between 2006 and 2011 and talks given between 2006 and 2012. I will complement with my updated analysis and bring forward the main findings. I will convey the conclusions of greatest relevance to the present case.

The published academic papers on which I base my analysis are:

M.-C. Prémont, “L'affaire Chaoulli et le système de santé du Québec. Cherchez l'erreur. Cherchez la raison,” [2006] 51 *Revue de droit de McGill/McGill Law Journal*, p. 167-195;

M.-C. Prémont, “Wait-Time Guarantees for Health Services: An Analysis of Quebec’s Reaction to the *Chaoulli* Supreme Court Decision,” [2007] 15 *Health Law Journal*, p. 43-86;

M.-C. Prémont, “Clearing the Path for Private Health Markets in Post-*Chaoulli* Quebec,” [2008] *Health Law Journal*, Special Edition, Vision, p. 237-264;

M.-C. Prémont, “Les soins de santé *a mare usque ad mare*. Les rôles du fédéral et des provinces face au financement privé,” in Robert Bernier (dir.), *L'espace canadien : mythes et réalités*, Québec, PUQ, 2010, p. 139-166.

M.-C. Prémont, “Les paiements de patients pour des soins payés par les fonds publics,” [2011] *Vie économique*, Vol. 3 no. 1, 14 p. (Online : <http://www.eve.coop/?a=112>).

I have been provided copies of, and am generally familiar with the Third Amended Notice Of Civil Claim and the Response To Further Amended Civil Claim filed in these proceedings.

Mandate

Describe and comment on the reforms implemented by the Province of Quebec following the decision of the Supreme Court of Canada in *Chaoulli v. Quebec (Attorney General)*, [2005] 1 S.C.R. 791.

1. The *Chaoulli* Decision

1.1. Summary of decision

The *Chaoulli* narrow majority ruling of the Supreme Court of Canada on June 9, 2005 concluded that the Quebec prohibition of private insurance as found in the hospital and medical insurance laws should be struck down, because, in the presence of unreasonable wait times, it infringes upon the right to life and security of s.1 of the Quebec *Charter of Human Rights and Freedoms* (R.S.Q. c. C-12), in a way which is not justified in a free and democratic society under s. 9.1 of the Quebec Charter.

1.2. Preliminary observations

Healthcare privatization was the overarching element in the debates and fall-out of the *Chaoulli* decision. That being said, all changes akin to privatization cannot automatically be attributed to the *Chaoulli* decision. In other words, not all Quebec reforms posterior to *Chaoulli* can be necessarily attributed to this ruling. Pressures for privatization of healthcare services have also been present before the *Chaoulli* decision. On the other hand, changes triggered by the *Chaoulli* decision may not yet have been fully implemented, as one change may lead in time to another one and so on. Privatization of healthcare is not a ‘one shot deal’. It is a complex political process requiring profound changes to the system that cannot be accomplished all at once.

It is important to mention that the present case involves a similar measure to the impugned legislation at stake in the 2005 *Chaoulli* decision. This is why a comparative Quebec analysis is very relevant to the issues before the British Columbia Supreme Court.

In order to understand how the Quebec legislation was amended and further changes were made to the Quebec healthcare system following the *Chaoulli* decision, one must first understand the purview and objectives of the impugned legislation.

The impugned sections of legislation at stake in the *Chaoulli* case represented one of three generic regulatory measures commonly used by provinces to regulate their healthcare systems. The objective of any one of these regulatory measures must be analyzed in conjunction with the other two. I will describe these measures and their use by Canadian provinces in general, and by Quebec and British Columbia in particular. Finally, I will discuss the changes implemented in Quebec, following the decision by the Supreme Court to strike down one of these provincial measures.

While the *Chaoulli* challenge involves only one of the three measures, the present *Cambie Surgeries* challenge deals with all three measures of Provincial regulation of healthcare.

2. Healthcare is Mainly a Provincial Prerogative: Provincial Legislation is Therefore Central

2.1. The three provincial regulatory measures

The *Canada Health Act* [CHA] mandates that the provincial public system must cover all costs for medically necessary services provided by physicians and for all medically necessary services in a hospital setting, including diagnostic tests. Provinces had to implement the federal criteria¹ in their own legislation in order to receive federal money transfers. To meet the federal criteria, provinces had to implement additional and detailed regulations that would, in their view, ensure the feasibility of the system. This is why the organization and regulation of public healthcare in Canada is largely determined by provincial legislation. Contrary to what the literature sometimes conveys, important principles of public healthcare in Canada are not limited to the five criteria found in the CHA (public administration, comprehensiveness, universality, accessibility—including the specific requirement to prohibit user fees and extra billing, and portability).

Provinces generally use three different measures of regulation:

1. Prohibition of duplicative private insurance
2. Prohibition of co-mingling
3. Capping of physicians' private fees to the level of public fees.

These three provincial measures are not specifically mandated by the CHA. The CHA sets general criteria and provinces have to find their own ways to reach the objectives and end results set by the federal statute. Based on their own constitutional powers, Canadian provinces have

¹ Called in French *Conditions d'octroi*, making the point on the conditional approach to federal transfers.

each in their own way generally adopted the three measures discussed (Prémont, 2010). The details and the number of measures used may vary from one province to another. The most common definition or characteristics of each of the three measures are presented below.

The prohibition of duplicative private insurance² forbids the insurance industry from offering insurance that would duplicate coverage for services included in the public healthcare system package.

The prohibition of co-mingling can be structured from two angles: the physician, and the clinic. Under the first category, the physician cannot be at the same time in and out of the public system. Physicians who accept to be enrolled in the public system must reserve their services to the public system. A physician cannot “co-mingle” by offering services to private clients while being paid by the public system. This type of co-mingling is generally called in Quebec *hybrid* or *mixed medical practice*. A second layer to the prohibition of co-mingling can be added, focusing on clinics. The presence of enrolled and un-enrolled physicians in a same medical clinic or surgical facility is prohibited. The prohibition of clinical co-mingling means that a clinic or surgical facility cannot function with both enrolled and un-enrolled physicians. In other words, the clinic or facility can only be of one type or the other. Some facilities would operate with enrolled physicians while others would consist of un-enrolled physicians.

The capping of private fees at the level of public fees means that un-enrolled physicians cannot charge private patients more than what is paid by the province for the equivalent service.

Versions of all three provincial measures are at stake in the *Cambie Surgeries* judicial challenge. The *Chaoulli* decision involved only the first measure—the prohibition of duplicative private insurance.

The *Cambie Surgeries* case is also challenging extra billing and user fees charged by enrolled physicians. My report does not directly address those prohibitions for two reasons: they are mandated by the CHA and they were not at stake in the *Chaoulli* ruling.

2.2. *The use of the three regulatory measures available to Canadian provinces*

In countries where the insurance industry is allowed to sell duplicative insurance, it normally covers only a selection of services already provided by the public regime. In these cases, the industry typically focuses on more profitable services or clienteles for which private delivery may be easily organized. The duplicative private insurance could only be voluntary and would create two categories of citizens, those with and those without duplicative insurance coverage. Thus, it is recognized that duplicative private insurance may lead to important equity problems in access to care (OECD, 2004, p. 21).

Provinces have never forced physicians to enrol into the public system.³ Physicians can decide not to enrol⁴ or be non-participants.⁵ As a corollary, Canadian provinces do not forbid physicians

² No province, including British Columbia, uses the term “duplicative private insurance” in their statutes. Provincial legislation usually only says “private insurance”. However, the financial structure of health services mandated by the CHA (universality, comprehensiveness, and accessibility) means that provinces could only be facing a “duplicative” type of private insurance in relation to public insurance, according to the terminology proposed by the OECD. In this report, I will use OECD typology for private insurance (OECD, 2004).

³ Ontario may be the only exception.

from engaging in a completely separate and private practice, so long as it is financed privately. Instead, what provinces do is ensure that the public funds cannot be directed to support a private healthcare system. In other words, provinces have used their regulatory powers in healthcare to minimize cross-subsidization from the public system to a private delivery of care set up to cater to customers or patients paying with private insurance or out-of-pocket money, be it to jump the queue or not (Flood, 2001). Thus, physicians are free to engage into a totally private practice (with some limitations, in particular regarding hospital care), but when doing so, they must assume all the risks of a private practice. They cannot count on public funding to round up their private revenues. This is achieved with the prohibition of co-mingling. Physicians cannot simultaneously be in the public system and out of it; they must choose.

The third measure, the capping of un-enrolled physician fees at the level of the public tariffs, purports to limit deleterious competition from privately funded care. Indeed, private facilities may recruit physicians by offering higher remuneration, lower and easier case loads, and better work schedules.

In a nutshell, the main objective of the three measures of provincial regulation is to minimize the overlapping of public and private insurance and delivery covering the same health services. The measures maintain private and public healthcare as two separate systems with no financial connection. It prevents unjust competition from private delivery of care that could attract health professionals with higher pay and better working conditions, because a duplicative private system has no duty to poorer and sicker populations.

Provinces have enacted regulatory measures in their own legislation in order to help themselves meet their daunting financial responsibilities for public healthcare. At the end of the day, it is the provinces, and not the federal government, that have to pay for healthcare services provided to all their residents. It is the provinces that must meet all the exigencies of public healthcare. This is the reason why the provinces had to design a regulatory framework serving to enhance the sustainability of public healthcare and dedicate all public monies for health towards healthcare delivery for all. Canadian provinces had to control the diversion of public funds to a private healthcare system that can only provide services to a limited niche market. This is the objective of the three regulatory measures Canadian provinces have used since the very beginning of the implementation of their public healthcare regimes.

Canadian Provinces have used the three regulatory measures in different ways in order to keep at bay a competing private system that has the potential to:

- Direct healthcare money (both public and private) to the most privileged fringe of the population⁶
- Direct healthcare money (both public and private) to low risk demand for care⁷
- Direct healthcare money (both public and private) to non-required services

⁴ Term used in British Columbia, s. 13 *Medicare Protection Act*, R.S.B.C. 1996, c. 286.

⁵ Term used in Quebec, s. 28 *Act Respecting Health Services and Social Services*, R.S.Q., c. S-4.2.

⁶ “(...) high income groups are more likely to purchase private health coverage in most countries.” OECD, 2004, p. 18.

⁷ “In almost all OECD countries, private health insurance covers what could be termed as ‘small risks’ (...),” OECD, 2004, p. 15.

- Direct healthcare professional resources away from the public system, with the risk of worsening the shortage of health professionals in the public system

British Columbia has used in its legislation the three available measures, while Quebec has used only two. Canadian provinces have used the regulatory measures in different combinations. The result is presented in Table 1, with the list of all ten Canadian provinces showing their own use of the three measures.

Table 1 — Use of the Three Measures of Regulation by Canadian Provinces⁸

Province	Prohibition of private duplicative insurance	Prohibition on Co-Mingling	Cap on private fees to the level of public fees
British Columbia	Yes	Yes	Yes, only in hospitals and community care facilities
Alberta	Yes	Yes	No
Saskatchewan	No	Yes	No
Manitoba	Yes	No	Yes
Ontario	Yes	Yes	Yes
Quebec ⁹	Yes	Yes	Yes, only when non participating physicians provide services in an emergency situation
New Brunswick	No	Yes	No
Nova Scotia	No	No	Yes
Prince Edward Island	Yes	No	No
Newfoundland and Labrador	No	No	No
Number of provinces using the regulatory mechanism	6	6	4

Source: Adaptation and interpretation of Table 1 from Flood, 2001.

The regulation of private fees for physicians is not used as often as the other two regulatory measures (four provinces versus six). Except for Newfoundland and Labrador and Prince Edward Island, the other two provinces that use the capping of fees do not use the co-mingling prohibition. One might argue that the capping of fees for private services may be difficult to apply. In some respects, the capping of fees might be equivalent to the prohibition of co-mingling. In other words, healthcare professionals/physicians would ask themselves: “Why opt out of the public system if no higher fee may be charged?”

The ratio of provinces implementing a measure says very little about the proportion of the regulated market in Canada, as we find huge disparities in population across provinces. Thus the size and proportion of the market ruled by the provincial legislation might provide more

⁸ The details of these measures may vary from one province to another.

⁹ We characterize Quebec as using the prohibition of duplicative private insurance in spite of the legislation allowing private insurance for three surgeries since 2008. Except for those three exceptions, the prohibition is still active.

meaningful data. The efficiency of the provincial regulation must be measured at the national level where most insurance corporations operate. This is why we suggest measuring the overall efficiency of the provincial regulation of the industry by identifying the extent of the population covered as a proportion of the Canadian population.

Looking at the use of provincial measures across Canada, one might argue that two measures are sufficient for medium size provinces if larger ones (like Ontario, Quebec, British Columbia, and Alberta) maintain at least two measures that must include the prohibition of private insurance. There is no equivalent measure to the prohibition of duplicative private insurance, which appears to be necessary for all larger provinces. Smaller provinces, like Prince Edward Island or Newfoundland and Labrador may not require any measures of protection since the exposed market is less at risk of attracting aggressive marketing campaigns for private insurance products or private for-profit delivery of healthcare.

Table 2 shows the results of the prohibition of duplicative private insurance in 2001 (before *Chaoulli*), in 2005 (the year of the *Chaoulli* decision by the Supreme Court of Canada), and in 2013 (the most recent data from Statistics Canada). Over this period, about 90% of the Canadian insurance market has been unavailable to the insurance industry for hospital and medical services. In spite of four provinces having chosen not to implement the prohibition of duplicative insurance (Saskatchewan, New Brunswick, Nova Scotia, and Newfoundland and Labrador), Canada as a whole is well protected because 90% of the market for duplicate insurance is barred.

Table 2 — Canadian population covered by the prohibition of duplicative private insurance

Province	Population 2001	Population 2005	Population 2013¹⁰
Quebec	7,397,000	7,598,100	8,155,300
Ontario	11,897,600	12,541,400	13,538,000
Manitoba	1,151,300	1,177,600	1,265,000
Alberta	3,056,700	3,256,800	4,025,100
British Columbia	4,078,400	4,254,500	4,582,000
Prince Edward Island	136,700	138,100	145,200
Total	27,717,700	28,966,500	31,710,600
Canadian Population	31,021,000	32,359,000	35,158,300
% of the market covered	89.4%	89.5%	90.2%

Source: Author's calculation

We can see in Table 3 that the proportion of the total Canadian population where duplicative private insurance is not prohibited is marginal, given the population of the four provinces with no such restriction.

¹⁰ Statistics Canada, Population by year, by province and by territory, online at: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo02a-eng.htm>.

Table 3 — Canadian population open to private duplicative insurance

Provinces with no prohibition of duplicative private insurance	Population 2005	Population 2013
Saskatchewan	994,100	1,198,300
New Brunswick	752,000	756,100
Nova Scotia	937,900	940,800
Newfoundland and Labrador	516,000	526,700
Total	3,200,000	3,421,900
Total Canadian Population	32,359,000	35,158,300
% of the Canadian population open to private duplicative insurance	9.89%	9.73%

Source: Author's calculation

Table 4 shows that the same proportion of 90% of the Canadian market is covered by a minimum of two provincial regulatory measures. It can also be seen that provinces have maintained these strong protections between 2001 and 2013, as proportions remained steady.

Table 4 — Canadian population covered by at least two provincial regulatory measures.

Province	Population 2001	Population 2005	Population 2013
Quebec	7,397,000	7,598,100	8,155,300
Ontario	11,897,600	12,541,400	13,538,000
Manitoba	1,151,300	1,177,600	1,250,000
Alberta	3,056,700	3,256,800	3,888,700
British Columbia	4,078,400	4,254,500	4,543,300
Total	27,581,000	28,828,400	31,375,300
Canadian Population	31,021,000	32,359,000	35,158,300
% of the market covered	88.9%	89.1%	89.2%

Source: Author's calculation

Thus, despite the provincial differences in the use of the three measures, 90% of the Canadian population is covered by the prohibition of duplicative private insurance, and the same proportion of the Canadian market is regulated by at least two of the three regulatory measures discussed here. We can then conclude that, on the national level, provincial legislatures have found the use of at least two regulatory measures necessary to ensure a feasible and sustainable public healthcare system. As we can see, for larger provinces like Ontario, Quebec, British

Columbia, and Alberta, the use of two regulatory measures must include the prohibition of duplicative private insurance. In all cases, the decision over the level of protection required is determined by provincial public policy within each context.

The combined use by Canadian provinces of the prohibition of user fees and extra billing with the three regulatory measures successfully prevents cross-subsidization of private healthcare. The vast majority of healthcare expenses for hospital and medical services are publicly funded. For instance, only 6% of hospital care is financed by private insurance, mainly for private rooms (not covered by public insurance) (Béland et al, 2008, p. 38).

On the other hand, in areas where there is no such regulation, private insurance becomes dominant and takes up a good part of services. This is what we can observe for drugs (outside the hospital) and for dental care. These two categories of health expenditure make up most of the 30% of private healthcare spending in Canada.¹¹ It is provincial legislation and use of the three regulatory measures that effectively excluded a private insurance market for publicly funded healthcare services. However, there are mounting pressures to change this, as the *Chaoulli* and *Cambie Surgeries* cases illustrate.

2.3. The needs of a thriving health industry

Private providers and duplicative private insurance of healthcare services usually require two elements to support their viability and growth:

1. **Favourable public policies and legislation** including: protected markets, freedom to cherry-pick the most profitable services or clienteles, and back-up by a reliable public service when things go wrong or to handle complex cases,
2. **Direct or indirect public financing**, including: public purchasing of services, co-mingling by physicians and/or clinics, and favourable tax treatment. Such policies result in direct or indirect public subsidies for private insurance and private facilities (capital and operating costs).

A viable and profitable private insurance market also requires a sufficient number of private providers to deliver the insured services. Co-mingling for physicians and/or clinics is beneficial for private clinics and facilities facing professional shortages, in particular when privatization restructuring is taking place to reassure physicians tempted by the privately financed medical practice. The option to charge more is also important to private providers. This is why capping private fees at the public level is a hindrance to the growth of private markets. Private providers and facilities also often need to be fed by a steady and reliable stream of customers through public contracts. Long-term contracts supply the surgical facilities with a constant and secure source of revenue. Public purchases of private surgeries are usually for elective surgeries (which means non urgent), because they can be performed routinely and be planned undisturbed by emergencies. Outsourcing surgeries by hospitals to private facilities may also be an important dimension of the profitability of private delivery.

¹¹ CIHI, *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2013, Executive Summary*, 2014a. Online: <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/SubTheme/spending+and+health+workforce/spending/cihi015954>.

For the insurance industry, being able to sell duplicative private insurance will not be viable if it is difficult to recruit private providers. Physicians will be less likely to leave the security of the generous public system if they cannot top up their private revenues from the public purse. This is why constant demands are made by the industry to abandon the prohibition of co-mingling for physicians.

The insurance industry will not introduce new insurance products unless a viable market may be tapped, preferably on a national scale. Collective insurance plans are also more advantageous to the insurance industry than individual insurance contracts because of the number of clients involved and lower administrative costs. Collective insurance plans are prominent in Canada within markets where the insurance industry is relatively free to sell insurance, such as the drug (outside hospital) and dental care markets.

The provincial use of the three regulatory measures discussed here have effectively prevented the insurance industry from entering the duplicative private national healthcare market for hospital and medical services, even with no formal legislative prohibition in the smaller provinces, since as noted, 90% of their potential market is out of reach.

In other words, Canada and the Canadian provinces have committed to investing in a universal public health system accessible to all instead of supporting the growth and sustainability of the health care industry serving niche clienteles and services.

2.4. The three measures in British Columbia and Quebec

Acronyms for:

British Columbia:

- MPA: *Medicare Protection Act*, R.S.B.C. 1996, c. 286

Quebec:

- AHSSS: *Act Respecting Health Services and Social Services*, R.S.Q., c. S-4.2.
- HoIA: *Hospital Insurance Act*, R.S.Q., c. A-28;
- HeIA: *Health Insurance Act*, R.S.Q., c. A-29;

We present in Table 5 the sections of British Columbia and Quebec legislation implementing the three regulatory measures discussed here. The first one is at stake in the *Chaoulli* decision while all three are targeted in the *Cambie Surgeries* challenge.

Table 5 — Use of the three regulatory measures by British Columbia and Quebec (before and after *Chaoulli*)

The Three Provincial Regulatory Pillars	British Columbia	Quebec, before <i>Chaoulli</i>	Quebec, changes following <i>Chaoulli</i>
Prohibition of Duplicative Private Insurance	s. 45 MPA: The prohibition applies to both enrolled and un-enrolled physicians. Only the physician who elects to be paid directly by the patient could be paid by insurance, but only for the portion charged in excess of the public fee.	s. 11 HoIA; s. 15 HeIA The prohibition applies to hospital and medical services, both to participating and non participating physicians, as well as the physician who elects to be paid directly by the patient.	Amendments to: s. 15 HeIA, in order to allow duplicative insurance for hip, knee, and cataract surgeries
Prohibition of co-mingling for physicians	s. 14 MPA: if a physician elects to be paid directly by the patient, the patient is reimbursed only up to the public tariff minus the clinic charge. s. 17 MPA: General prohibition of user fees and extra-billing, except for un-enrolled patient, un-enrolled physician or physician who elects to be paid directly by patient.	s. 22, al. 4; 28; 29; 31; 32 HeIA: Participating physicians cannot receive any revenue beyond the public tariff for an insured service provided to a publicly insured patient.	New level of prohibition of co-mingling within SMCs. However, blurring of the prohibition of co-mingling in case of wait time guarantee and public subcontracting: s. 333.3 and 431.2 AHSSS .
Capping private physicians' fees to public fees	s. 18 MPA: The un-enrolled physician cannot charge more than the public fee if services rendered in hospital or in a community care facility. Idem for physicians electing to be paid directly by patient.	s. 36 HeIA: Non participating physicians fees are capped to the public fees only when medical services are provided in situation of emergency to an insured patient.	No changes

Source: the author.

British Columbia is making some use of the three regulatory measures, which are precisely the impugned sections of the *Medicare Protection Act* in the *Cambie Surgeries* litigation.

British Columbia prohibits duplicative insurance, co-mingling for physicians and applies a cap to fees charged by un-enrolled physicians when services are delivered in a hospital or community care facility. British Columbia does not apply a prohibition of co-mingling for clinics.

Quebec prohibits duplicative private insurance and co-mingling for physicians. Quebec added a second level to the prohibition of co-mingling following the *Chaoulli* decision, in the context of Specialized Medical Centers. Quebec does not make use of the capping of private medical fees, except when the un-enrolled physician provides an insured service in the context of a medical emergency.

2.5. *The purview of the three regulatory measures*

The analysis of private insurance in OECD countries (OECD, 2004) shows the complexity and wide variety of the roles attributed to private insurance across countries. As public insurance expands, private insurance is usually crowded out and moves to other markets.¹²

Private insurance often fills the gaps left by public insurance, in a supplementary role. This is the case in Canada where drug insurance and dental care plans are provided mainly as employer-sponsored benefits. The importance of private insurance in Canada to cover drug and dental care explains in large part why Canada is at the higher end amongst OECD countries for the private

¹² We have many examples of this in Canada, like with Workers' Compensation Schemes, or bodily damage for car accidents in Quebec.

share of total healthcare expenses reaching 30% (CIHI, 2014b). In the supplementary capacity, private insurance contributes to public policy in offering coverage where no public option is available. The prominence of private insurance in drug and dental plans also explains why Canadians have to shoulder a sizeable portion of the cost over and above premiums to access such services.¹³

In Canada, the regulation of the insurance industry, writ large, falls within provincial jurisdiction. The only type of private insurance that conceivably could graft itself to Canadian public healthcare is the substitutive¹⁴ or duplicative private insurance.

Canadian Provinces quickly grasped the innate structural dangers of the co-habitation of duplicative private insurance with a public insurance plan that covered all hospital and medically necessary services. While other types of private insurance (complementary, supplemental, and substitutive) may contribute to public insurance, duplicative insurance competes with public insurance. Although competition may be a good thing to promote better services and lower costs under the right conditions, the kind of competition between duplicative and public insurance is inherently biased and unfair, requiring intricate and extensive regulations.

For example, public and private insurers do not operate on a level playing field as they are not under the same obligations to potential patients. Unless complex regulations are adopted, private insurers are free to cherry-pick the lower risk clienteles and focus on more profitable services, while the public insurer has duties to all citizens of all risks. When duplicative insurance is free to cream-skim the insurance market, public insurance is crowded out to the higher risk citizens and services. The history of implementation of public healthcare in Canada demonstrates that provinces have effectively barred the entry of private duplicative insurance into the Canadian healthcare market. Canadian provinces were also concerned about distortions and inequity in access to care introduced by private insurance. International evidence shows that private insurance usually requires the insured person to pay significant premiums, deductibles, and copayments. The patient may also have to make out-of-pocket payments to the service providers such as user charges or block fees not covered by private insurance. The patient may also confront extra-billing by physicians charging more than the tariff grid allowed by the private insurance contract. In addition to the impact on equity of access to care, the repercussions of allowing the private insurance industry to cover the same publicly insured services inspired most provinces to ban duplicative private insurance from the market on the assumption that private insurance would injure more than it would help provinces to meet the pan-Canadian public policy of providing good quality services to all without distortion based on means.

The organic connection between the three regulatory measures implemented by Canadian provinces thus becomes clearer. We can see how the provincial legislation, like the impugned sections in the *Cambie Surgeries* legal challenge, hinders the structural needs of private providers and private insurance to benefit from public support and money in order to secure profitability and growth. We can see how the three regulatory measures used by provinces are necessary to preclude private use of public funds.

¹³ The 30% private share of healthcare costs in Canada is made of: 15% out-of-pocket, 12% private insurance and 3% other. (CIHI, 2014b)

¹⁴ Germany is one of the rare jurisdictions with substitutive insurance. Contrary to duplicative insurance, substitutive insurance must cover the full range of medically necessary services. Moreover, it does not allow queue jumping.

The relationship between the requirements of the CHA and the three impugned provincial measures discussed here becomes clearer. CHA requirements deal with people's access to care. With the exception of public administration, four CHA criteria ask provinces to implement rules to ensure that no economic barrier hinders access to care for all residents of the province. In order to do this, provinces developed economic regulatory measures to regulate the insurance and health care service industry.

CHA criteria require the provinces to protect people's access to healthcare services on an equal basis and across the country. This is what is often called "access based on needs and not on means." Provinces adhered to this mandate called for by the CHA with legislation providing for access to care, with no requirement for private payment to access medically necessary services. The criteria of the CHA, as translated into provincial legislation, mainly focus on patient rights: all residents of the province must be covered under the same conditions (universality), patients should never have to pay directly for insured services (accessibility, including prohibition of user fees and extra billing), patients should have access to all medically necessary services (comprehensiveness), and patients should preserve their coverage across provinces (mobility). Of course, the rights of patients have an economic counterpart for the medical facilities where no fees may be charged to patients when provided by enrolled physicians.

However, meeting the requirements of the CHA necessitated more from the provinces. It is very well for the federal legislation to enact such rules, but provinces had to find ways to establish feasible and sustainable health care insurance schemes. In order to meet this onerous request on the provincial public purse, Canadian provinces needed to regulate both insurance industry and health care service providers. Thus the provinces adopted measures to regulate the insurance industry (prohibition of private duplicative insurance) and the private for-profit healthcare delivery (prohibition of co-mingling and capping of physician fees). The main thrust of these measures is to avoid the diversion of public money to support the delivery of private services to a niche clientele.

With this background about the purview of the impugned principles, we can now turn to the changes made in Quebec in the aftermath of the *Chaoulli* decision.

Quebec made two sets of changes:

1. Legislative amendments
2. Administrative reforms

I will present and discuss briefly those two categories of changes.

3. Changes in Quebec Following the *Chaoulli* Decision

3.1. Legal changes

The *Chaoulli* decision was received with political and social turmoil. Not only were the media vociferous in relating their views—hopes and fears about the impact of the Supreme Court of Canada's ruling on the healthcare system—but university scholars all over Quebec also joined in

to voice and reframe the debate about the role of the private sector in healthcare.¹⁵ When, shortly after the decision, Quebec Premier Jean Charest opined in the Legislative Assembly that Quebec had no option but to respect the “order” from the Supreme Court of Canada to completely open the door to duplicative private insurance, law professors from all five faculties of law in Quebec signed an op-ed piece to oppose that view.¹⁶ After the shockwave sent by the judicial decision, it became obvious that a lively political debate would ensue.

A long process of discussion and changes followed, starting with a nineteen day Parliamentary Commission hearing one hundred and eight individuals and organizations who presented their reactions to the White Paper published by the Government of Quebec¹⁷ to guide reforms following the decision. Bill 33, enacted in December 2006, is where most of the first waves of legal changes directly related to the Court ruling are found.¹⁸ Other amendments were later made to statutes and by-laws.

Instead of simply listing the legislative or by-law changes enacted in Quebec following the *Chaoulli* decision, I will structure the presentation in relation to the three regulatory measures discussed.

Changes made in Quebec in the wake of the *Chaoulli* decision reflect tensions arising from the introduction of private insurance and the for-profit delivery of necessary health care services. On the one hand, these changes allow for the gradual creation and development of a more significant private market for healthcare, both for insurance and for delivery of services. On the other, the legislature has tried to contain these developments to minimize anticipated negative effects on the publicly funded health care model. I summarize the changes on three axes.

1. Legalization of private surgical facilities, with a growth potential through by-law

Bill 33 legalized private surgical facilities that had developed over the last decade or so and opened the door for new ones. Such surgical facilities were generally of two types, those providing plastic surgery (usually not included in the publicly funded envelope), and those providing publicly insured medical services. Hospitals require permits and accreditation to operate. No such controls were applied for private surgical facilities, as stressed by the 2006 Coroner’s report on Micheline Charest’s death after a plastic surgery.¹⁹

Both types of facilities are now required to comply with the same rules in terms of ownership and safety. They must obtain a permit as a *Specialized Medical Center* (SMC) and be approved by recognized accreditation bodies. Physicians must own a majority of the shares, as opposed to

¹⁵ An example of such collective effort led to the publication of: F. Béland, A.-P. Contandriopoulos, A. Quesnel-Vallée, L. Robert (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, PUM, 2008, 472 p.

¹⁶ H. Brun, D. Demers, P. Garant, A. Lajoie. M.-C. Prémont, D. Proulx, “Privatisation des soins de santé au Québec: il n’y a pas d’ordre de la Cour suprême”, *Le Devoir*, jeudi le 17 novembre 2005, section Idées ; H. Brun, D. Demers, P. Garant, A. Lajoie. M.-C. Prémont, D. Proulx, “Quebec Medicare Plan Is Not What the Supremes Ordered”, *The Gazette*, Thursday November 17, 2005, Op-Ed, p. A 29.

¹⁷ Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Quebec), *Guaranteeing Access : Meeting the Challenges of Equity, Efficiency and Quality*, Quebec City, 2006, on line at :

<http://mssa4.msss.gouv.qc.ca/en/document/publication.nsf/0/3603e2a294c8ada98525753c00650c68?OpenDocument>.

¹⁸ *An Act to amend the Act respecting health services and social services and other legislative provisions*, S.Q. 2006, c. 43 [Bill 33].

¹⁹ A. Krol, « L’urgence d’agir », *La Presse*, 26 octobre 2006, p. A 22.

regular medical clinics where physicians must be the sole owners, thus opening the door to non-physician investors. In the literature, such facilities are often described as investor-owned.

The legalization of medical practice under the corporate veil was a pre-requisite for setting up for-profit surgical facilities. This was accomplished in 2007,²⁰ just in time for the delivery of permits to the SMCs.

It is noteworthy that these private facilities are not called private “hospitals,” although some of them²¹ provide surgeries performed in a hospital setting, and under general or regional anaesthesia. It is questionable whether this contradicts CHA requirements concerning hospital services. This is why private for-profit surgical facilities authorized by provinces are not described as “hospitals” but are called “Specialized Medical Centers” in Quebec, “Surgical Facilities” in Alberta, and “Health Facilities” in Nova Scotia.

In the original Bill 33, the SMCs were only granted the right to perform three surgeries (section 11 of Bill 33): knee, hip and cataract surgeries. This was based on the *Chaoulli* decision, the rationale being that these surgeries suffered from the longest waitlists, which was the primary concern for the Court in *Chaoulli*. The restriction to these three surgeries allowed the Minister of Health and Social Services of the time, Philippe Couillard (now Premier of Quebec), to argue before the Parliamentary Commission that the introduction of for-profit delivery in the healthcare system would be both confined and limited.

However, soon after, the power to enact statutory instruments was used by the Government to add to the original short list of surgeries without having to face a debate in the Legislative Assembly. The intention was also to extend the application of the SMC regime to plastic surgery and to other specialized treatments already performed outside the hospital. Thus, six months after the legislation on SMCs came into force, a by-law gazetted the schedule of surgeries to be performed in SMCs expanding from three to about fifty types of surgeries.²²

Private facilities like SMCs have the potential to heighten the risks of cross-subsidization between private and public funds in healthcare and promote queue jumping for quicker access to medical specialists. Significant facility fees of different kinds play such roles, as do referrals from non-participating general practitioners to participating specialists and surgeons. Thus, a patient pays a nominal fee for a quick appointment with a non-participating general practitioner who can then refer the patient to a participating surgeon paid by public funds working in the same SMC (Prémont, 2011).

In the hope of preventing such queue jumping for specialists, Quebec introduced the second category of the prohibition on co-mingling at the level of the SMCs. Thus, surgical facilities must function only with enrolled or un-enrolled physicians. Law prohibits the co-mingling of participating and non-participating physicians in the same surgical facility.²³ This is not the case for regular medical clinics, which do not require a permit. However, this new regulation appears to be difficult to enforce as different schemes have been used by providers to circumvent this

²⁰ *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*, R.R.Q. c. M-9, r. 21.

²¹ Many SMCs are plastic surgery facilities.

²² *Regulation respecting the specialized medical treatments provided in a specialized medical centre*, R.R.Q. c. S-4-2. r. 25.

²³ Those who were working together before are grandfathered.

prohibition, such as the device of creating different corporate entities collaborating in the same building but in separate rooms.

One year later, Bill 34²⁴ was enacted to add to the regulation of SMCs, and in particular for the non-participating SMCs. Non-participating SMCs were limited to five beds and required to provide all preoperative and postoperative services, as well as rehabilitation and home care services from a private provider.

Table 6 presents the number of current private surgical facilities in Quebec (SMCs) with an operating permit under the new rules implemented following the *Chaoulli* decision.

Table 6 — Number of Specialized Medical Centers with a permit as of May 6, 2014

Category of SMC	2014
Non participating Specialized Medical Centers	6
Participating Specialized Medical Centers	37
Total number of SMCs	43

Source: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec²⁵

SMCs with participating physicians constitute the majority of SMCs, but a good proportion of them are facilities specializing in plastic surgery.²⁶

2. Duplicative private insurance opened for three surgeries, with a potential for growth through by-law.

Bill 33 removed the total prohibition of duplicative private insurance for medically necessary services in order to introduce the possibility of private insurance for the original three surgeries performed in SMCs. This required amendments to the *Health Insurance Act*, as seen in Table 5 above.

Limiting the legalization of private insurance in Quebec to the three surgeries was the result of staunch opposition expressed at the Parliamentary Commission by the Official Opposition at the National Assembly and by numerous interveners.

However, the potential for private insurance can also be extended through by-law to all services delivered in the SMCs. No such by-law has yet been gazetted by the Government of Quebec. We saw earlier that private insurance can only grow in tandem with the expansion of the investor-owned facilities and the availability of private medical providers. As long as the prohibition of co-mingling is maintained, the potential for growth of the private insurance is limited.

²⁴ *An Act to amend various legislative provisions concerning specialized medical centres and medical imaging laboratories*, S.Q. 2009, c. 29.

²⁵ « Liste des centres médicaux spécialisés ayant reçu un permis en date du 6 mai 2014 », Online: <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/index.php?cms=ayant-un-permis>.

²⁶ Physicians specializing in plastic surgeries do not have to opt out of the public system to charge for their uninsured services.

3. The wait-time guarantee and the potential to outsource public patients to private surgical facilities

The *Chaoulli* challenge focused on unreasonable wait times for elective surgeries. I have explained how the idea was first suggested by the C.D. Howe Institute and the Kirby Committee of the Senate in Ottawa to base the argument on unreasonable wait time for elective surgeries and individual rights under the Charter in order to crack open the Canadian public healthcare system to trade (Prémont, 2007, p. 58 - 62). It was therefore to be expected that one of the first impacts of the *Chaoulli* decision favourable to private health care markets would rest on wait-time guarantees to supply public patients to the new for-profit private facilities (Prémont, 2008).

That approach was implemented in Quebec²⁷ through the wait-time guarantee and management system for the wait lists enacted by Bill 33. In order to respond to critics about unreasonable wait times in the public system, Quebec tried to implement better management of wait lists for healthcare services. If wait time in the public system reaches or approaches pre-set maximums for services potentially covered by duplicative private insurance or delivered in SMCs, surgeries can be out-sourced to SMCs with participating physicians, or to those with non-participating physicians. Therefore, the wait-time guarantee has the potential to provide ‘public’ patients to investor-owned facilities to receive care at public expense. This mechanism adopted in the wake of the *Chaoulli* decision has been used so far for over 40,000 surgeries, as explained below.

3.2. Administrative changes

The potential scope for private insurance and delivery made possible by these amendments to Quebec law, will ultimately depend on the political support for the exercise of the discretionary powers given to the Government, the Health Minister, and public administrators.

The new rules, and particularly the setting up of private for-profit surgical facilities in combination with the wait-time guarantee, has now led to some out-sourcing of surgical services from the public network. Thus, three Quebec hospitals experimented with sub-contracting surgeries to private facilities in order to manage their wait lists: Hôpital du Sacré-Coeur in Montreal (contract with *Centre de chirurgie Rockland MD*), Cité de la santé in Laval (contract with *Clinique chirurgicale de Laval*) and Saint-Jérôme Hospital in Saint-Jérôme (contract with *Institut de l'oeil des Laurentides*). Table 7 presents the number of surgeries performed by private facilities (SMCs) for the three hospitals, as of June 2014.

²⁷ See section 431.2 *Act respecting health services and social services*, R.S.Q. c. S-4.2, added to the law in 2006 by Bill 33.

Table 7 — Number of surgeries transferred from public hospitals to Specialized Medical Centers in Québec between 2008 and June 2014

Hospital	Name of the Specialized Medical Center	Number of surgeries performed	Main types of surgeries
St-Jérôme	<i>Institut de l'oeil des Laurentides</i>	13,000 ²⁸	Cataracts
Cité-de-la-Santé (Laval)	<i>Clinique chirurgicale de Laval</i>	3,422 ²⁹	Cataracts
Sacré-Cœur (Montreal)	<i>Centre de chirurgie Rockland MD</i>	25,000 ³⁰	Abdomen, bariatric, and breast cancer surgeries
Total		41,422 ³¹	

Source: Duchaine & Lacoursière, 2014; Archambault, 2012

The Saint-Jérôme situation was meant to be a temporary solution while the hospital was renovating its operating rooms. The renewal of the contract, even after renovations were completed, raised questions and concerns (Prévost, 2012). The Sacré-Cœur experience was even more controversial and instantly made headlines when Health Minister Philippe Couillard attended the official opening of the brand new facility—quickly built in the aftermath of the *Chaoulli* decision³².

Bill 33 has exempted the outsourcing of surgeries to SMCs from mandatory public tendering, as is the rule for other public contracts from the public healthcare network.³³ However, according to the law, the Health and Social Services Minister may still ask the hospital to proceed through public tendering before signing a contract with an SMC. Public tendering was used for some of the experiments listed above with the disappointing outcome of a single bidder or at best, two bidders.

These out-sourcing experiments were generally controversial, and raised difficult questions about the costs of private service compared with those of the public system, and concerns about conflicts

²⁸ Duchaine & Lacoursière, 2014.

²⁹ As of June 2012: Archambault, 2012. More recent numbers not available.

³⁰ Estimated: in June 2012 number was 7,535 (Archambault, 2012) + 9 000 per year, for two years (Duchaine & Lacoursière, 2014).

³¹ Low estimate as numbers for *Cité de la santé de Laval* are only until 2012.

³² Société Radio-Canada, “Le jugement Chaoulli fait un petit», 22 janvier 2007 ; A. Lacoursière, “Nouveau complexe hospitalier privé à Montréal,” *La Presse*, 23 janvier 2007, p. A9 ; K. Lévesque, “L’ouverture du centre médical Rockland MD continue de soulever la controverse,” *Le Devoir*, 24 janvier 2007, p. A4 ; R. Dutrisac, “Centre médical Rockland MD. Couillard réclame finalement une enquête,” *Le Devoir*, 30 janvier 2007, p. A3 ; André Noël, “Chirurgie en clinique privée : un incident marque la première journée,” *La Presse*, 21 février 2008, p. A1 ; André Noël, “Contrat liant l’hôpital du Sacré-Cœur à la clinique privée Rockland MD. La CSN conteste l’entente devant la Cour,” *La Presse*, 27 février 2008, p. A18.

³³ *An Act respecting contracting by public bodies*, R.S.Q., c. C-65.1.

of interest for physicians.³⁴ Outsourcing also revealed the difficulty to control commercial activities of private facilities and other non-participating medical clinics.³⁵ Rockland MD received over \$18 million in public funds between 2008 and 2013 for the performance of outsourced surgeries. Yet, the RAMQ is currently trying to recoup from the private facility \$263,000 it had to reimburse to patients who paid block fees or user fees to be treated at the private facility. Rockland MD argues that such fees were legally billed, while the RAMQ says otherwise. The litigation is now before the Superior Court of Quebec (Daoust-Boisvert, 2013). The difficulty of enforcing regulations adopted to minimize cross-subsidization between private and public funds is becoming a reality Quebec has to face. Close contractual relationships between the public system and the SMC did not eliminate this problem.

Potential administrative changes can also be measured by looking at the number of physicians who have opted out of the public regime since the *Chaoulli* decision. Numbers are presented in the following Table 8, comparing numbers for 2005 (the date of the *Chaoulli* decision), to the current numbers for 2014.

Table 8 — Number of non-participating physicians in Quebec, in 2005 and 2014

Category	2005	2014
Non participating general practitioners	48	80
Non participating specialists	52	204
Total non participating physicians	100	284
Total active physicians	18,000	19,818
Percentage of non participating physicians	0.55%	1.43%

Source: Numbers extracted from the RAMQ³⁶ and College of Physicians of Quebec websites

The number of physicians leaving the public system is increasing. The number of general practitioners not enrolled in the public system has doubled since 2005, while the number of specialists has quadrupled. However, the proportion of non-participating versus participating physicians, which has globally tripled, is still relatively marginal at 1.43% of all active doctors registered with the College of Physicians of Quebec.

4. Summary and Conclusion

In order to understand the *Chaoulli* decision and its impact and consequences in Quebec, I have explained how the impugned measure of the prohibition of duplicative private insurance is linked to two other types of regulations provinces have been using to protect the public system for

³⁴ S. Champagne, “Chirurgies au privé. Bolduc dénonce les chirurgiens,” *La Presse*, 20 février 2012.

³⁵ M.-C. Prémont, “Les paiements de patients pour des soins payés par les fonds publics,” [2011], *Vie économique*, Vol. 3 no. 1, 13 p.

³⁶ RAMQ, online website: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/facturation/desengages.pdf>

hospital and medical care from cross-subsidization of a private for-profit system. In addition to complying with the requirements of the CHA, Canadian provinces have deemed it necessary to implement three additional regulatory measures. These are: 1) prohibition of duplicative private insurance 2) prohibition of co-mingling by physicians and facilities 3) capping of private medical fees to the level of public fees.

As they implemented the public healthcare system, Canadian provinces implemented a regulatory framework designed to enhance the sustainability of public healthcare and ensure that all available public healthcare dollars are dedicated to services available to all those covered by their health care insurance plans. Canadian provinces wanted to stop the diversion of public funds to a private healthcare system that can only provide services to a limited niche market. Provinces have generally opted to isolate public healthcare from the commercial market. The purpose of the three measures described here is to regulate the commercial activities of the healthcare industry (insurance and service delivery). Their main objective is to avoid the diversion of public money to support private insurance and services that can only cater to the few. This is the clear objective of the measures now being challenged in the name of human rights.

I have shown that Canadian Provinces used these three regulatory measures in somewhat different ways to buttress the public system implemented across the country and regulate the private insurance and delivery industry that could weaken it. Taken together, we find that around 90% of the market is not available to duplicative private insurance, and also that 90% of the market is subject to at least two of these three provincial regulatory mechanisms. This containment of the private market can only stand if all bigger provinces (Ontario, Quebec, British Columbia, and Alberta) maintain the prohibition of the duplicative private insurance and the prohibition of co-mingling. Quebec was more or less invited by the Supreme Court of Canada in *Chaoulli* to go a different way. The province resisted and re-regulated the industry.

The analysis of changes triggered in Quebec following the *Chaoulli* decision shows a contained movement to open up the development of private insurance limited to three surgeries presenting no commercial interest. Quebec has supported the regulated emergence of investor-owned healthcare facilities (SMCs). There has been a sharp increase in the number of non-participating physicians, both general practitioners and specialists, opting out of the public system. The outsourcing of over 40,000 surgeries to SMCs was a test of the province's ability to regulate for-profit corporations providing such care. The prohibition on co-mingling within SMCs appears to have been easily by-passed by complicated corporate structures.

The Quebec experience in the post-*Chaoulli* period of the last decade demonstrates the close connection between the impugned legislative sections of the British Columbia statute and the commercial interests of the insurance and healthcare delivery industry that, in the view of the Canadian provinces, clashes with public interest in healthcare as defined in the Canadian landscape since the 1960s, when one after the other, Canadian provinces joined their efforts to provide healthcare services to all Canadians on the basis of need as opposed to their ability to pay.

References

- H. Archambault, “Les chirurgies d’un jour payées par le public ont encore augmenté cette année,” *Le Journal de Montréal*, 20 juin 2012, p. 9.
- F. Béland, A.-P. Contandriopoulos, A. Quesnel-Vallée, L. Robert (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, PUM, 2008, 472 p.
- F. Béland, A. Quesnel-Vallée, A.-P. Contandriopoulos, C. Cambourieu, “Les assurances privées en santé : l’exception canadienne ?”, in F. Béland, A.-P. Contandriopoulos, A. Quesnel-Vallée, L. Robert (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, PUM, 2008, p. 27 – 45.
- H. Brun, D. Demers, P. Garant, A. Lajoie. M.-C. Prémont, D. Proulx, “Quebec medicare plan is not what the Supremes ordered,” *The Gazette*, Thursday November 17, 2005, Op-Ed, p. A29; H. Brun, D. Demers, P. Garant, A. Lajoie. M.-C. Prémont, D. Proulx, “Privatisation des soins de santé au Québec: il n’y a pas d’ordre de la Cour supreme,” *Le Devoir*, jeudi le 17 novembre 2005, section Idées.
- S. Champagne, “Chirurgies au privé. Bolduc dénonce les chirurgiens,” *La Presse*, 20 février 2012.
- T. Chouinard, “Couillard défend le privé en santé,” *La Presse +*, 13 mars 2014, p. A2.
- CIHI, *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2013, Executive Summary*, 2014a. Online: <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/SubTheme/spending+and+health+workforce/spending/cihi015954> (Read on 4 June 2014).
- CIHI, *Health spending in Canada 2013*, 2014b. Online: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/spending+and+health+workforce/spending/release_29oct13_infogralpg (Read 6 June 2014).
- A. Daoust-Boisvert, “Clinique Rockland MD — La coûteuse entente avec Québec tire à sa fin,” *Le Devoir*, 15 février 2013.
- G. Duchaine, A. Lacoursière, “Intervention d’un jour. Québec abandonne deux ententes avec le privé,” *La Presse*, 11 juin 2014, p. A19.
- R. Dutrisac, “Centre médical Rockland MD. Couillard réclame finalement une enquête,” *Le Devoir*, 30 janvier 2007, p. A3.
- C. M. Flood, T. Archibald, “The Illegality of private health care in Canada”, [2001] 164 *Canadian Medical Association Journal*, no. 6, p. 825- 830.
- A. Krol, “L’urgence d’agir,” *La Presse*, 26 octobre 2006, p. A 22.
- Yanick Labrie, *For a universal and efficient healthcare system: six reform proposals*, Montreal Economic Institute, Marc 2014, 48 p. Online at: http://www.iedm.org/files/cahier0114_en.pdf. (Read on 14 June 2014).
- A. Lacoursière, “Nouveau complexe hospitalier privé à Montréal,” *La Presse*, 23 janvier 2007, p. A9

A. Lacoursière, G. Duchaine, "Interventions d'un jour à Sacré-Cœur : pas plus chères au privé," *La Presse*, 12 mars 2014, p. A2.

K. Lévesque, "L'ouverture du centre médical Rockland MD continue de soulever la controverse," *Le Devoir*, 24 janvier 2007, p. A4.

A. Noël, "Chirurgie en clinique privée : un incident marque la première journée," *La Presse*, 21 février 2008, p. A1.

A. Noël, "Contrat liant l'hôpital du Sacré-Cœur à la clinique privée Rockland MD. La CSN conteste l'entente devant la Cour," *La Presse*, 27 février 2008, p. A18.

OECD (F. Colombo, N. Tapay) (2004), *Private Health Insurance in OECD countries*, 247 p. See chapter 2: "The role of private health insurance in mixed systems of health care funding", p. 25-88.

M.-C. Prémont, "L'affaire Chaoulli et le système de santé du Québec. Cherchez l'erreur. Cherchez la raison," [2006] 51 *Revue de droit de McGill/McGill Law Journal*, p. 167-195.

M.-C. Prémont, "Wait-time guarantees for health services : an analysis of Quebec's reaction to the *Chaoulli* supreme court decision," [2007] 15 *Health Law Journal*, p. 43-86;

M.-C. Prémont, "Clearing the Path for Private Health Markets in Post-Chaoulli Quebec," [2008] *Health Law Journal*, Special Edition, Vision, p. 237-264;

M.-C. Prémont, "Les soins de santé *a mare usque ad mare*. Les rôles du fédéral et des provinces face au financement privé," in Robert Bernier (dir.), *L'espace canadien : mythes et réalités*, Québec, PUQ, 2010, p. 139-166.

M.-C. Prémont, "Les paiements de patients pour des soins payés par les fonds publics," [2011] *Vie économique*, Vol. 3 no. 1, 14 p. Online : http://www.eve.coop/mw-contenu/revues/12/112/RVE_vol3_no1_Premont.pdf

H. Prévost, "L'ophtalmologie confiée au privé pour deux autres années," *L'Écho du Nord*, 14 novembre 2012.

Quebec (Ministère de la Santé et des Services Sociaux), *Guaranteeing Access : Meeting the Challenges of Equity, Efficiency and Quality*, Quebec City, 2006. Online at : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/en/document/publication.nsf/0/3603e2a294c8ada98525753c00650c68?OpenDocument> (Read on 2 June 2014).

Quebec (Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients), *Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*, février 2014, 192 p. Online at : <http://www.santefinancementactivite.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-Financ-axe-patients-19fev14.pdf> (Read on 6 June 2014).

Quebec (Ministère de la santé et des services sociaux), "Liste des centres médicaux spécialisés ayant reçu un permis en date du 6 mai 2014," Online : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/cms/index.php?cms-ayant-un-permis> (Read on 3 June 2014).

Régie de l'assurance-maladie du Québec, "Liste des professionnels de la santé non participants ou désengagés au régime de l'assurance maladie du Québec avec adresse de pratique au Québec," RAMQ website: Online : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/facturation/desengages.pdf>. (Read on 3 June 2014).

Société Radio-Canada, "Le jugement Chaoulli fait un petit", 22 janvier 2007.

Statistics Canada, "Population by year, by province and by territory". Online at : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo02a-eng.htm> (Read on 31 May 2014).

Legislation

British Columbia

Medicare Protection Act, R.S.B.C. 1996, c. 286

Quebec

Annual legislation

An Act to amend the Act respecting health services and social services and other legislative provisions, S.Q. 2006, c. 43 (Bill 33).

An Act to amend various legislative provisions concerning specialized medical centres and medical imaging laboratories, S.Q. 2009, c. 29 (Bill 34).

Revised Statutes

Hospital Insurance Act, R.S.Q., c. A-28

Health Insurance Act, R.S.Q., c. A-29

An Act Respecting Prescription Drug Insurance, R.S.Q. c. A-29.01

An Act Respecting Contracting by Public Bodies, R.S.Q., c. C-65.1

Act Respecting Health Services and Social Services, R.S.Q., c. S-4.2.

By-laws

Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société, R.R.Q. c. M-9, r. 21.

Regulation respecting the specialized medical treatments provided in a specialized medical centre, R.R.Q. c. S-4.2. r. 25.

Marie-Claude Prémont

Professeure titulaire, ENAP

Curriculum vitae Mars 2014

1.	DONNÉES PERSONNELLES	3
2.	FORMATION	3
3.	LANGUE.....	3
4.	EXPÉRIENCE ACADEMIQUE ET PROFESSIONNELLE.....	3
5.	ASSOCIATIONS ET ORDRES PROFESSIONNELS.....	4
6.	COURS DONNÉS.....	5
7.	PUBLICATIONS.....	5
	ARTICLES DANS REVUES SAVANTES, AVEC COMITÉ DE PAIRS	5
	LIVRES ET MONOGRAPHIES	7
	CONTRIBUTIONS À UN OUVRAGE COLLECTIF, AVEC ÉVALUATION DE PAIRS	7
	REVUES PROFESSIONNELLES ÉLECTRONIQUES.....	9
	RÉSUMÉS, NOTES OU RECENSIONS.....	9
	RAPPORTS DE RECHERCHE OU RAPPORTS PRODUITS POUR LES POUVOIRS PUBLICS	9
	ACTES DE COLLOQUE PUBLIÉS SUR INTERNET	11
	ARTICLES DANS REVUES PROFESSIONNELLES, GRAND PUBLIC ET QUOTIDIENS	11
	MÉMOIRES DÉPOSÉS DEVANT UNE COMMISSION NATIONALE OU PRÉSENTÉS EN COMMISSION PARLEMENTAIRE.....	14
8.	COMMUNICATIONS ET CONFÉRENCES.....	14
9.	ACTIVITÉS INTER-UNIVERSITAIRES OU CONTRIBUTIONS À DES ORGANISMES PUBLICS.....	26
10.	ACTIVITÉS UNIVERSITAIRES	27
	UNIVERSITÉ MCGILL	28
	FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ MCGILL	28
	ENAP	28
11.	SUBVENTIONS ET CONTRATS DE RECHERCHE.....	29
	SANTÉ, DROIT, ET NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION	29
	SECTEUR LOCAL	30
	RESPONSABILITÉ CIVILE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL.....	30
	ÉTUDES AUTOCHTONES	30
	PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.....	31
	AUTRES QUESTIONS DE DROIT ADMINISTRATIF	31
12.	ÉTUDIANTS AUX ÉTUDES SUPÉRIEURES	31
13.	SUPERVISION D'ESSAIS D'ÉTUDIANTS DU PREMIER CYCLE	32

14. AUTRES FORMATIONS DONNÉES.....	34
15. ORGANISATION DE CONFÉRENCES	34
16. INTERVENTIONS DANS LES MÉDIAS	35

1.

DONNÉES PERSONNELLES

Professeure titulaire
École nationale d'administration publique (ENAP)
4750, avenue Henri-Julien, 5^e étage
Montréal, QC H2T 3E5

Tél : 514-849-3989, poste 3707

Courriel : marie-claude.premont@enap.ca

Bureau 5077

2. FORMATION

<u>Diplôme</u>	<u>Institution</u>	<u>discipline</u>	<u>Année</u>
B. Sc. Appliquées	Université de Sherbrooke	génie chimique	1979
LL.L.	Université Laval	droit	1983
Examens du Barreau	École de formation du Barreau du Québec	droit	1984
Ph.D.	Université Laval	droit	1996

3. LANGUE

Français (parlé et écrit)

Anglais (parlé et écrit)

4. EXPÉRIENCE ACADEMIQUE ET PROFESSIONNELLE

<u>Poste occupé</u>	<u>Institution</u>	<u>Dates</u>
Stagiaire en génie	Rayonier, Port-Cartier, QC	1976-1977
Assistante de recherche	University of Ontario Faculty of Engineering	1978

Stagiaire au Service technique	Pétrofina et Pétro-Canada, Montréal	1977 et 1979
Ingénieure de projets	Esso Resources, Calgary, Alberta	1980
Stagiaire en droit	Clarkson, Tétrault, Drouin, QC	1984-1985
Stage de recherche	Centre de recherche Informatique et Droit, Faculté de droit, Namur Belgique	1989
Consultante	Ministère des Communications du QC	1987 — 1990
Consultante	<i>Working Group 5, Eurocards</i> , Union Européenne	1994 — 1995
Professeure adjointe	Faculté de droit, Université McGill	1995 — 2001
Professeure agrégée	Faculté de droit, Université McGill	2001 — 2007
Vice-doyenne aux études supérieures	Faculté de droit, Université McGill	2004 — 2007
Professeure agrégée	ENAP (École nationale d'administration Publique)	2007 — 2008
Professeure titulaire	ENAP	2008 —

5. ASSOCIATIONS ET ORDRES PROFESSIONNELS

APPEGGA (1980) (Association of Professional Engineers, Geologists and Geophysicists of Alberta)

Ordre des Ingénieurs du Québec (OIQ) (1984 —)

Barreau du Québec (1985 —)

Association du Barreau canadien (ABC) (1987 — 1990)

Association des professeurs de droit du Québec (APDQ) (1996 —)

Association québécoise de droit comparé (AQDC) (1998 —)

Association de santé publique du Québec (ASPQ) (1997 —)

Association internationale des études québécoises (AIEQ) (2003 —)

Association canadienne des professeurs de droit (ACPD) (2000 —)

Association canadienne de santé publique (ASPQ) (2006 —)

6. COURS DONNÉS

Mise en nomination pour le J. Durnford Teaching Award de la Faculté de droit de l'Université McGill en 2004-05 et 2006-07

Droit des biens (6 crédits)

Linguistic and Literary Approaches to the Law (2 crédits)

Fondements du droit canadien (3 crédits)

Obligations II (6 crédits)

Theoretical Approaches to the Law (Graduate) (3 crédits)

Le droit à l'intégrité physique du travailleur (2 crédits)

Obligations extra-contractuelles / délits (5 crédits)

Contentieux administratif (3 crédits)

Enjeux de la fiscalité locale au Québec (2 crédits)

Legal Research and Methodology (Graduate) (4 crédits)

Droit municipal (3 crédits)

Séminaire d'intégration en management municipal (série de 9 séminaires, 1 crédit chacun)

Droit de la santé et des services sociaux (3 crédits)

7. PUBLICATIONS

(Par catégorie, et par ordre chronologique ascendant)

Articles dans revues savantes, avec comité de pairs

1. **M.-C. Prémont**, «Les transferts de technologie nord-sud en matière de télécommunications par satellite», [1986] 27 *Les Cahiers de Droit*, no. 4, p. 853-889;
2. **M.-C. Prémont**, «L'entreprise privée sur la scène des télécommunications internationales par satellite», [1986] XI *Annales de droit aérien et spatial*, p. 259-285;
3. **M.-C. Prémont**, «Le casse-tête de l'information gouvernementale ou comment vendre ce qu'on doit donner?», [1990] 2 *Technologies de l'information et société*, no. 3, p. 8-37; Une première version de ce texte est paru sous le même titre à : *Mémo'art*, vol. 2, no. 4, août 1989, p. 9-19;
4. **M.-C. Prémont**, M. Tancelin, « L'indemnisation des victimes d'accident du travail : une histoire de contre-courants », [1998] 39 *Les Cahiers de Droit*, p. 233-260 ;

5. **M.-C. Prémont**, « La fiscalité locale au Québec: de la cohabitation au refuge fiscal », [2001] 46 *Revue de droit de McGill/McGill Law Journal*, 713-778 ;
6. **M.-C Prémont**, « L'œuvre sociale des juristes leplaysiens au Québec : une première loi des accidents du travail », [2002] *Les Études Sociales*, no. 135-136, p. 155-174;
7. **M.-C. Prémont**, « Le sens de l'événement. La réingénierie québécoise version municipale », [2005] 60/61 *Flux. Cahiers scientifiques internationaux réseaux et territoires*, p. 69-82;
8. **M.-C. Prémont**, « L'affaire Chaoulli et le système de santé du Québec. Cherchez l'erreur. Cherchez la raison », [2006] 51 *Revue de droit de McGill/McGill Law Journal*, p. 167-195;
9. **M.-C. Prémont**, « La garantie d'accès aux services de santé : analyse de la proposition québécoise », [2006] 47 *Les Cahiers de Droit*, p. 539-580 ;
10. **M.-C. Prémont**, «Wait-time guarantees for health services : an analysis of Quebec's reaction to the *Chaoulli* supreme court decision», *Health Law Journal*, 2007, Vol. 15, p. 43-86 [traduction et mise à jour de l'article paru en 2006 dans *Les Cahiers de Droit*] ;
11. **M.-C. Prémont**, «Clearing the Path for Private Health Markets in Post-Chaoulli Quebec», [2008] *Health Law Journal*, Special Edition, Vision, p. 237-264;
12. **M.-C. Prémont**, «Le rôle émergent des contrats dans le réseau sociosanitaire québécois», *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, Vol. 4, no. 2, été 2008, p. 26 à 29 ;
13. **M.-C. Prémont**, «Les échelles municipales et la répartition des compétences locales au Québec», *Collectivités territoriales, Revue Lamy*, Kluwer, avril 2009, p. 69-75.
14. **M-C Prémont**, «Tous pour un ou un contre tous? L'arme de l'intérêt public entre les mains d'un usager», *Santé, Société et solidarité*, 2009, no. 2, p. 79-83.
15. S. Belley, G. Divay, **M-C Prémont**, «L'éthique municipale : quand la démocratie de proximité doit faire maison nette sur les plans juridique, politique et administratif», *Éthique Publique*, Vol. 11, no. 2, automne 2009, p. 179-184.
16. R. Hébert, **M.-C. Prémont**, «Les coopératives de santé : un apport ou une menace au système de santé québécois?», *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, Vol 6, no. 2, été 2010, p. 42-46.
17. R. Hébert, **M-C Prémont**, «Les coopératives santé : entre compétition commerciale et solidarité sociale», *Revue juridique Thémis*, Vol. 44, no. 3, décembre 2010, p. 273-323.
18. G. Divay, S. Belley, **M-C Prémont**, « La collaboration intersectorielle : spécificités. Questionnements et perspectives», *La Revue de l'innovation : La revue de l'innovation dans la secteur public*, Vol. 18(2), 2013, article 1.

19. M-C Prémont, «La loi et l'action intersectorielle de l'administration publique territorialisée au Québec», *La Revue de l'innovation : La revue de l'innovation dans la secteur public*, Vol. 18(2), 2013, article 5.

Livres et monographies

1. **M.-C. Prémont**, *Tropismes du droit. La logique métaphorique et la logique métonymique du langage juridique*, collection Le droit aussi..., Liber et Thémis, 2003, 186 p. ;
2. D. Demers, F. Fournier, M. Lemire, P. Péladeau, **M.-C. Prémont**, D. J. Roy, *Le réseautage de l'information de santé. Manuel pour la gestion des questions éthiques et sociales*, IRCM, 2004, 268 p (également traduit en anglais et disponible sous forme électronique sur le site web de Santé Canada).

Contributions à un ouvrage collectif, avec évaluation de pairs

1. **M.-C. Prémont**, «Données personnelles et secret de la vie privée, Approche nord-américaine», in E. Mackaay (éd.), *Nouvelles technologies et propriété*, Les Éditions Thémis, 1991, p. 153-174;
2. **M.-C. Prémont**, «Le sens du texte juridique: entre le texte de droit et le *droit*» in C. Thomasset, R. Côté, D. Bournier (éd.) *Le droit saisi par l'ordinateur*, Les Éditions Yvon Blais Inc., 1993, p. 87-91;
3. **M.-C. Prémont**, «François Gény et la responsabilité civile », in C. Thomasset, J. Vanderlinden, P. Jestaz (dir.), *François Gény, mythe et réalités. 1899-1999, Centenaire de Méthode d'interprétation et sources en droit privé positif: essai critique*, Les Éditions Yvon Blais, Dalloz, Les Éditions Bruylant, Collection Études, 2000, p. 101-160 ;
4. **M.-C. Prémont**, «Le faux en droit civil, note de synthèse», in N. Kasirer, *Le faux en droit privé*, Les Éditions Thémis, 2000, p.181-191;
5. **M.-C Prémont**, «Les discours d'inclusion et d'exclusion en réaction à la réforme municipale au Québec », in D. Castillo Durante et al (dir.), *Exclusions / Inclusions. Déplacements économico-symboliques et perspectives américaines*, Legas, Ottawa, 2005, p. 135-144;
6. **M.-C Prémont**, «Montréal face à Québec. La longue histoire des recompositions territoriales dans la région métropolitaine de Montréal », in L. Bherer et al (dir.), *Jeux d'échelle et transformation de l'État : le gouvernement des territoires au Québec et en France*, PUL, 2005, p. 47-62;
7. **M.-C. Prémont**, « Le dilemme leplaysien aux sources du droit social français et québécois », in *Libres propos sur les sources du droit. Mélanges en l'honneur de Philippe Jestaz*, Paris, Dalloz, 2006, p. 459-479 ;
8. **M.-C. Prémont**, « Le rôle de la fiscalité selon l'École de Le Play : une orientation pour le Canada français ? », in A. Savoye, F. Cardoni (éd.), *Frédéric Le Play*.

Parcours, audience, héritage, Paris, Les Presses Mines Paris, Collection sciences sociales, 2007, p. 211 - 238;

9. **M.-C. Prémont**, «Bill 33 : The Fallout from the *Chaoulli* Decision in Quebec and its Impact on Equity in Health Care», in B. Campbell, Greg Marchildon (ed.), *Medicare. Facts, Myths, Problems & Promise*, Toronto, Lorimer & Co. ltd Publishers, 2007, p.192-196;
10. **M.-C. Prémont**, « Le droit de la gouverne municipale : terrain d'essai de la gouverne nationale ? », in P. Noreau (éd.), *Le droit à tout faire : exploration des fonctions contemporaines du droit*, Montréal, Éditions Thémis, 2008, p. 139-156 ;
11. **M.-C. Prémont**, «Le droit comme trompe-l'œil : l'exemple de la modernisation du droit de la santé», in P. Noreau, L. Rolland (dir.), *Mélanges Andrée Lajoie - Le droit une variable dépendante*, Montréal, Éditions Thémis, 2007, p. 691-729 ;
12. **M.-C. Prémont**, «Le système de santé québécois et l'intervention de la Cour suprême du Canada fondée sur les droits de la personne», in F. Béland, A-P Contandriopoulos, A Quesnel-Vallée, L. Robert (dir.) *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, Montréal, PUM, 2008, p. 281-300.
13. **M.-C. Prémont**, «Contrats publics et pouvoirs privés», *L'État du Québec 2010*, Montréal, Boréal, Institut du Nouveau Monde, p. 68-73.
14. **M.-C. Prémont**, «Qui guidera l'éthique municipale ? Les propositions du Groupe de travail sur l'éthique dans le milieu municipal», Denis Lemieux et Pierre Giroux, *Contrats des organismes publics québécois*, CCH, 2009, et dans le bulletin électronique *Bulletin municipal et droit public*, septembre 2009, Vol. 11, no. 3 [Disponible en ligne : http://www.cch.ca/bulletins/municipal/articles/bucm0909_COP1.html].
15. **M.-C. Prémont**, «Les soins de santé *a mare usque ad mare*. Les rôles du fédéral et des provinces face au financement privé», in Robert Bernier (dir.), *L'espace canadien : mythes et réalités*, Québec, PUQ, 2010, p. 139-166.
16. **M.-C. Prémont**, «L'accès aux soins de santé et les droits économiques et sociaux : un face à face périlleux», in P. Bosset, L. Lamarche (réd.), *Droit de cité pour les droits économiques, sociaux et culturels. La Charte québécoise en chantier*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2011, p. 235-271.
17. R. Lamontagne, **M.-C. Prémont**, «Le secteur de la santé et des services sociaux au Québec : au cœur des enjeux de l'administration publique», in Nelson Michaud, *Secrets d'États ? Les principes qui guident l'administration publique et ses enjeux contemporains*, Québec, PUL, 2011, p. 529 à 558. (avec R. Lamontagne)
18. S. Belley, G. Divay et **M.-C. Prémont**, «Le secteur municipal au Québec : enjeux juridiques, politiques et administratifs», in Nelson Michaud, *Secrets d'États ? Les principes qui guident l'administration publique et ses enjeux contemporains*, Québec, PUL, 2011, p. 584 à 608.

Revues professionnelles électroniques

M. McGregor, **M.-C. Prémont**, J. Turgeon, «Emerging Private Investment Opportunities in Canadian Healthcare : Impact on Governance of Provincial Health Systems», *Public Esade e-newsletter*, 15 June 2009, on line at: <http://www.esade.edu/public/modules.php?name=news&idnew=504&idissue=45&newlang=english>

M.-C. Prémont, «Qui guidera l'éthique municipale ? Les propositions du Groupe de travail sur l'éthique dans le milieu municipal», inclus dans la mise à jour septembre 2009 de l'ouvrage de Denis Lemieux et Pierre Giroux, *Contrats des organismes publics québécois*, CCH et dans le bulletin électronique *Bulletin municipal et droit public*, septembre 2009, Vol. 11, no. 3 [Disponible en ligne : http://www.cch.ca/bulletins/municipal/articles/bucm0909_COP1.html].

M.-C. Prémont, «Les paiements de patients pour des soins payés par les fonds publics», *Revue Vie économique*, Vol. 3, no. 1, septembre 2011 [Disponible en ligne : <http://www.eve.coop/>]

Résumés, notes ou recensions

1. **M-C Prémont**, « Chaoulli c. Québec : une communauté académique sous le choc. Recension de *Access to Care – Access to Justice*”, [2006] 21 *Canadian Journal of Law and Society / Revue canadienne droit et société*, no. 1, p. 201-202;
2. **M.-C. Prémont**, «Le risque guette le droit qui guette le risque», Recension de Law Commission of Canada (ed.), *Law and Risk*, UBC Press, Vancouver, Toronto, 2005, 208 p., *Canadian Journal of Law and Society / Revue canadienne droit et société*, 2007, vol. 22, no. 1, p. 143-145.
3. **M.-C. Prémont**, *La construction politique des agglomérations au Québec et en France*, d'Anne Mévellec, Québec, PUL, 2008, 291 p., Recension, *Politique et Sociétés*, vol 27, no. 3, 2008, p. 268-269.

Rapports de recherche ou rapports produits pour les pouvoirs publics

1. WG-5 (réaction **M.-C. Prémont**), *La carte santé et ses utilisateurs*, (direction du rapport du Groupe de travail), Action concertée-EuroCards, Programme AIM, DG-XIII de la Commission européenne, août 1996, 37 p.;
2. J.E. Paquette, **M.-C. Prémont**, W.J. Smith, *Le financement du système scolaire au Québec: face à des choix fondamentaux*, OREP, Université McGill, rapport soumis à la Commission sur les finances et la fiscalité locales, janvier 1999, 109 p.;
3. J.P. Fortin, J. Morisset, D. Reinhartz, M.-P. Gagnon, collaborateurs: P.A. Lamarche, L. Lamothe, S. Lawson, G. Lavoie, **M.-C. Prémont**, *Guide d'évaluation du projet NETLINK. Stratégies et méthodologies d'évaluation*, 1999, 22 pages plus annexes;

4. FQPPU (Comité *ad hoc*), *La commercialisation de la recherche et de l'expertise universitaires dans les universités québécoises*, août 2000, 71 p. plus annexes (**M.-C. Prémont**, membre du comité scientifique);
5. Comité de surveillance (présidence et rédaction **M.-C. Prémont**), *Le consentement du patient au partage de ses informations cliniques dans le cadre du projet vitrine PRSA-Carte santé de Laval*, septembre 2001, 72 p.;
6. **M.-C. Prémont**, *Le rôle de la Loi canadienne sur la santé pour l'avenir des soins de santé au Canada*, Étude no. 4, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, 23 p. (en anglais : *The Canada Health Act and the Future of Health Care Systems in Canada*).
7. Commission de l'éthique de la science et de la technologie, *Les enjeux éthiques des banques d'information génétique : pour un encadrement démocratique et responsable*, Avis, Gouvernement du Québec, 2003, 97 p. (**M.-C. Prémont**, membre du Groupe de travail);
8. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS), *Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie*, janvier 2006, 76 p. (**M.-C. Prémont**, consultante pour la section juridique). Document disponible en ligne : <http://www.aetmis.gouv.qc.ca>;
9. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS), *Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en téléréadaptation*, mai 2006, 74 p. (**M.-C. Prémont**, consultante pour la section juridique);
10. **M.-C. Prémont**, «Commentaires sur le projet de Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé», 28 décembre 2007, transmis au Ministre de la santé et des services sociaux, 7 p.;
11. Commission de l'éthique de la science et de la technologie, *Viser un juste équilibre. Un regard éthique sur les nouvelles technologies de surveillance et de contrôle à des fins de sécurité*, Avis, Gouvernement du Québec, 2008, 79 p. (**M.-C. Prémont**, membre du groupe de travail).
12. C. Boudreau, **M.-C. Prémont**, *La Commission d'accès à l'information du Québec face à la vidéosurveillance des lieux publics par les organismes publics*, ENAP, juin 2009, 73 p. (Disponible en ligne : http://www.cai.gouv.qc.ca/06_documentation/01_pdf/Videosurveillance_rapport2009.pdf).
13. M-U Proulx et **M-C Prémont**, *La fiscalité foncière de la production hydroélectrique au Saguenay — Lac-Saint-Jean*, Tomes I et II, février 2013.
14. Groupe de travail sur les coopératives santé, Rapport soumis au ministre Réjean Hébert,

Actes de colloque publiés sur internet

1. **M.-C. Prémont**, «La rhétorique politique de l'informatisation du système de santé», Actes du colloque *L'informatisation des dossiers de santé: enjeux de droit, enjeux de société*, 2001, disponible à : <http://www ircm qc ca/bioethique/francais/telesante/forum/colloque—mai2001 html>;
2. **M.-C. Prémont**, « La gestion de l'eau : quel rôle pour l'entreprise privée ? », vendredi le 20 janvier 2006, Table ronde, INRS-Urbanisation culture et société, Montréal, 14h-17h (Disponible en ligne : http://www vrm ca/Gestion_Eau asp);
3. **M.-C. Prémont**, « Quel jugement porter ... sur le jugement Chaoulli ? », vendredi le 24 février 2006, 19h, conférence d'ouverture, colloque *Le privé dans la santé ? Après le jugement Chaoulli, les options du Québec*, Institut du nouveau monde et Réseau de recherche en santé des populations du Québec, 24 et 25 février 2006, UQAM, Montréal (Disponible en ligne : <http://www inm qc ca/node/760>);
4. **M.-C. Prémont**, « Réaction à la proposition gouvernementale », samedi le 25 février 2006, *Le privé dans la santé ? Après le jugement Chaoulli, les options du Québec*, Institut du nouveau monde et le Réseau de recherche en santé des populations du Québec, UQAM, Montréal (Disponible en ligne : <http://www inm qc ca/node/760>).

Articles dans revues professionnelles, grand public et quotidiens

1. **M.-C. Prémont**, « L'opposition farouche au projet Harel, ou l'art d'éviter la question difficile », *Le Devoir*, 23 novembre 2000, section Idées, p. A7;
2. **M.-C. Prémont**, « Réforme municipale: regardons les choses en face », *Le Devoir*, 14 décembre 2000, section Idées, p. A7;
3. **M.-C. Prémont**, « Le rapport Clair: le système de santé dans la mire des assureurs », *Le Devoir*, 27 février 2001, section Idées, p. A9;
4. **M.-C. Prémont**, « Le rapport Clair: vers une intégration des assurances privées et publiques? », *Le Devoir*, 28 février 2001, p. A9;
5. **M.-C. Prémont**, «Les frais de scolarité : enjeu de luttes sociales», *Bulletin ACPD /CALT (Association canadienne des professeurs de droit)*, 2003;
6. **M.-C. Prémont**, « Défusions : la philosophie sectaire du rapport Poitras. Réplique à Peter Trent », *Le Devoir*, samedi 17 et dimanche 18 mai 2003, section Idées, p. B-5;
7. W. Foster, **M.-C. Prémont**, « Le régime québécois de l'assurance automobile doit résister à ses détracteurs », *Relations*, septembre 2003, no. 687, rubrique Controverses, Le principe du *no fault*, p. 31;
8. **M.-C. Prémont**, « Les frais de scolarité au Québec : un enjeu qui nous concerne aussi», *Université*, Vol. 10, no. 1, FQPPU, février 2004, p. 1;

9. **M.-C. Prémont**, « Régime public universel de santé du Québec : l'urgence d'agir suite au jugement de la Cour suprême », *Le Devoir*, 16 juin 2005;
10. **M.-C. Prémont**, « Qui décidera de l'avenir de notre système de santé? » *Relations*, septembre 2005, no. 703, p. 6-7;
11. H. Brun, D. Demers, P. Garant, A. Lajoie. **M.-C. Prémont**, D. Proulx, « Privatisation des soins de santé au Québec: il n'y a pas d'*ordre* de la Cour suprême », *Le Devoir*, jeudi le 17 novembre 2005, section Idées ;
12. H. Brun, D. Demers, P. Garant, A. Lajoie. **M.-C. Prémont**, D. Proulx, « Quebec medicare plan is not what the Supremes ordered », *The Gazette*, Thursday November 17, 2005, Op-Ed, p. A29;
13. A.-P. Contandriopoulos, **M.-C. Prémont**, « Un plan santé à surveiller », *La Presse*, vendredi le 17 février 2006, p. A-19 ;
14. **M.-C. Prémont**, « Chaoulli. Il ne faut pas faire dire au jugement le contraire de ce qu'il dit ! », *Le Devoir*, 18 et 19 février 2006, p. G-3 ;
15. **M.-C. Prémont**, « Le plan santé Charest-Couillard. Un rempart contre la privatisation ou un engagement sur la voie de la privatisation ? », *Alternatives*, 29 mars 2006 ;
16. **M.-C. Prémont**, « Mainmise sur l'eau », *Relations*, no. 710, juillet-août 2006, p. 6-7 ;
17. **M.-C. Prémont**, « L'avenir du système de santé du Québec en cause : un projet de loi qui n'a rien d'anodin », *Le Devoir*, 15 octobre 2006.
18. **M.-C. Prémont**, « Crunch time for public health care in Quebec », *Toronto Star*, 17 November 2006.
19. **M.-C. Prémont**, « Accès à l'avortement. Le gouvernement doit payer », *À Babord. Revue sociale et politique*, décembre 2006, p. 10.
20. H. Brun, P. Garant, A. Lajoie, P. Leuprecht, **M.-C. Prémont**, D. Proulx, « Le Groupe Chaoulli peut-il vraiment aider le système public de santé ? », *Le Devoir*, mardi le 15 mai 2007, section Idées, p. A-7.
21. **M.-C. Prémont**, «Santé : bénins, les frais afférents ?» (Rédaction **M.-C. Prémont**, lettre co-signée par une coalition de 62 personnes, dont les huit grandes organisations syndicales, CSN, CSQ, FTQ, CSD, APTS, FIQ, SPGQ, SFPG), *Le Devoir*, 1^{er} février 2007, page Idées.
22. **M.-C. Prémont**, «Two-tier medicine in Quebec is a slippery slope. Quebecers should be alarmed at shift away from the single-payer model», *The Gazette*, 1 February 2007, p. A-21 [traduction anglaise de la lettre parue le même jour dans *Le Devoir*].

23. **M.-C. Prémont** (co-signée par H. Brun, P. Garant, A. Lajoie, D. Proulx, P. Leuprecht), «Le Groupe Chaoulli peut-il vraiment aider le système public de santé?», *Le Devoir*, 15 mai 2007, p. A-7.
24. **M.-C. Prémont**, «La santé en débat. Deux visions s'affrontent sur l'avenir du système de santé au Québec», *Relations*, février 2008, No. 722, p. 4-5.
25. **M.-C. Prémont**, «Sésame, ouvre-toi! Le rapport Castonguay encourage l'ouverture des marchés dans le régime de soins de santé du Québec», *Relations*, mai 2008, No. 724, p. 4-5.
26. **M.-C. Prémont**, «Open Sesame! Health Minister Couillard and the Castonguay Report encourage the opening of markets in Quebec's health care system», *The Gazette*, 19 March 2008 [Traduction et mise à jour de l'article de *Relations*];
27. **M.-C. Prémont**, «La mutation des politiques publiques québécoises en faveur du développement de marchés privés de la santé», *Le Devoir*, 21 août 2008, page Idées;
28. **M.-C. Prémont**, «Le rapport Castonguay ou un appui cousu de fil blanc au marché privé de la santé», *Reflets*, journal de l'Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic, Vol. 25, no. 1, septembre 2008, p.12;
29. **M.-C. Prémont**, «La production de l'eau potable à Montréal face aux vagues de la réorganisation municipale et des modifications réglementaires», *J'Encadre Montréal*, Vol. 6, no. 4, octobre 2008, p. 4;
30. **M.-C. Prémont**, «Tous les systèmes de santé sont régis par la règle de droit», *La Presse*, vendredi le 20 février 2009, p. A-26;
31. **M.-C. Prémont**, «Le privé dans la santé. Changement de rôles au Québec», *Le Devoir*, 25 novembre 2009, p. A-9.
32. **M.-C. Prémont**, «La prise de contrôle des soins de santé rentables», *À Babord*, février/mars 2010, p. 28-29.
33. Serge Belley, Gérard Divay, Marie-Claude Prémont, «Le grand dérangement municipal de 2002. Regards sur une réforme inachevée», *L'État du Québec*, 2012, P. 435-442.
34. Marie-Claude Prémont, «Payer pour des soins de santé assurés. La dérive», *À Babord*, février / mars 2012, p. 20.

Publications sous presse ou soumises à évaluation

1. **M-C Prémont**, L'étonnante construction juridique de l'énergie éolienne », [2014] *Journal of Sustainable Development Law & Policy / Revue internationale de droit et politique du développement durable*, Vol. 10 :1 (sous presse)
2. **M.-C. Prémont**, « Hydro-Québec et le délestage des grandes régions productrices d'hydroélectricité », in R. Bernier (ed.), *Les défis du Québec*, PUQ (sous presse).

3. **M.-C. Prémont**, M-A Gagnon, « Trois types de stratégies commerciales des fabricants de médicaments novateurs », soumis à *Healthcare Policy Journal*, février 2014.

Mémoires déposés devant une Commission nationale ou présentés en Commission parlementaire

1. **M.-C. Prémont**, *La fiscalité locale et la tarification: un caveat*, mémoire déposé devant la Commission nationale sur les finances et la fiscalité locales, septembre 1998, 16 p.
2. **M.-C. Prémont**, La Loi sur la carte santé du Québec : un affront à la souveraineté parlementaire et au principe constitutionnel de la rule of law, Mémoire soumis à la Commission des Affaires sociales du Québec, février 2002, 17 p.
3. **M.-C. Prémont**, Le régime général d'assurance médicaments du Québec : un exemple concret du partenariat public-privé dans le domaine de la santé, Mémoire soumis à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow), mars 2002, 8 p.
4. **M.-C. Prémont**, « La garantie d'accès aux soins de santé : à quel modèle se vouer ? », mars 2006, 20 p., mémoire présenté devant la Commission des affaires sociales, Assemblée nationale du Québec, Salon du Conseil exécutif, 11h30-12h30, le mardi le 4 avril 2006. Journée d'ouverture de la consultation sur le livre blanc des suites à donner à la décision Chaoulli. Couverture médiatique : Robert Dutrisac, « Santé : une garantie de soins privés ? », *Le Devoir*, 5 avril 2006 ;
5. **Groupe de réflexion sur le système de santé** (membre fondatrice), *Accès aux soins de santé. Confirmer la solution publique pour le Québec*, Mémoire à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, 31 mars 2006, 24 p. plus les annexes.
6. **M-C Prémont** et Nassera Touati, « La collaboration interprofessionnelle : une pratique à développer », présentation devant le Comité permanent de la santé, Innovation technologique, Chambre des Communes, Ottawa, 22 novembre 2012, Ottawa.

8. COMMUNICATIONS ET CONFÉRENCES

1. « Les systèmes informatiques de l'État québécois: entre protection et diffusion », CRID (Centre de recherches informatique et droit), Faculté de droit, Namur, Belgique, avril 1987;
2. « Le langage conventionnel du droit: un carcan invisible pour la pensée juridique », DIKÉ, Département des sciences juridiques, Université du Québec à Montréal, 20 mars 1996;

3. « Comment concevoir le rôle des nouvelles technologies de l'information dans les systèmes nationaux de santé: leçons à tirer de 9 projets de cartes à puce en Europe et au Québec », IRCM, Centre de bioéthique, 5 novembre 1997;
4. « La face cachée du droit: une structure linguistique conventionnelle », GRID, Département des sciences juridiques, Université du Québec à Montréal, 19 novembre 1997;
5. « Les sources du droit canadien », communication donnée pour un groupe de juristes vietnamiens responsables de la rédaction du Code civil vietnamien, Université McGill, 17 juin 1997;
6. « Les fictions conventionnelles juridiques: obstacle à la transformation du droit », GEPTUD, Faculté de droit, Université Laval, vendredi, 21 février 1997;
7. « L'immeuble par destination, tel que rénové par la fiscalité municipale », Centre de droit privé et comparé du Québec, Montréal, 19 nov. 1998;
8. « Les universités québécoises en otage? Entre le sous-financement public et le poids des intérêts privés », communication et animation d'un tour de table, Conseil fédéral de la Fédération des professeures et professeurs d'Université (FQPPU), Hôtel du Parc, Montréal, 30 mars 2000;
9. « Le financement de la formation juridique et la clientèle étudiante: le rôle des frais de scolarité », Congrès annuel 2000 de l'Association des professeurs de droit du Québec (APDQ), Auberge Gray Rocks, Mont-Tremblant, QC, 14-16 avril 2000;
10. « Les enjeux de la commercialisation de la recherche sur les universités », FQPPU et CLAAU, Hôtel Delta, Montréal, vendredi le 2 mars 2001;
11. « L'éthique de la restriction des ressources en santé », Centre des congrès de Rimouski, Rimouski, mardi le 1er mai 2001;
12. « La rhétorique politique de l'informatisation des dossiers de santé », IRCM, CAI et Centre de bioéthique de l'IRCM, mercredi le 9 mai 2001;
13. « La fiscalité dans la nouvelle ville de Montréal», Sommet des citoyens et citoyennes de Montréal sur l'avenir de Montréal, UQÀM, samedi le 2 juin 2001;
14. « La carte à puce ou l'informatisation des dossiers médicaux. Pourquoi? Pour qui? », RIOCM, Montréal, mardi le 13 novembre 2001;
15. « Partenariats privés-publics : l'exemple du régime général d'assurance médicaments du Québec », International Conference of the McGill Institute for the study of Canada, *Diagnostics & Solutions*, Montréal, 15-16 février 2002;
16. « Le droit, outil d'une contre-réforme déguisée en réforme : l'exemple de la modernisation du droit de la santé », Law Forum, récipiendaire de la compétition 2003, Halifax, Nouvelle-Écosse, Association des professeurs de droit du Canada, lundi le 2 juin 2003;

17. « Entre les fusions et les défusions », Débat avec Peter Trent (ex maire de Westmount), Raymond Proulx (Démocracité), Martin Lemay (Ville de Montréal), INRS-Urbanisation, Culture et Société, Montréal, mardi le 10 juin 2003 ;
18. « Le contrôle du territoire à l'intérieur de la ville mono-industrielle : l'exemple de l'ancienne municipalité de Noranda en Abitibi », Colloque de la Faculté des sciences sociales de l'Université d'Ottawa, *Traverser les frontières de la territorialité*, Ottawa, 17-18 octobre 2003 ;
19. « Le droit de la santé au Québec et en France : convergence ou divergence ? », Colloque européen *Le Québec au miroir de l'Europe*, AIEQ (Association Internationale d'Études sur le Québec), Paris, France, 23-25 octobre 2003 ;
20. « Un retour de la protection sociale vers le droit privé? L'exemple du régime d'assurance médicaments du Québec », Ateliers de droit privé, Faculté de droit, Université Laval, vendredi le 7 novembre 2003 ;
21. « L'intervention à titre de professeur : un devoir ? », Congrès annuel de l'APDQ, *Le professeur de droit dans la cité*, Val Morin, samedi le 17 avril 2004 ;
22. « Les fusions et défusions municipales au Québec : un moment inscrit au cœur d'une histoire de chassé-croisé entre le législateur québécois et les municipalités », Conférence internationale *Les recompositions territoriales locales en France et au Québec*, Bordeaux, France, 3-5 mai 2004 ;
23. « Analyse des discours identitaires sur les fusions et défusions municipales au Québec », Colloque international *Les discours d'exclusion et d'inclusion : dynamique de la mondialisation dans les Amériques*, Université d'Ottawa, Ottawa, 10-12 mai 2004 ;
24. « Le dossier médical électronique : un outil de transformation du système de santé », Colloque international *Enjeux de la réforme du système de santé au Canada et en France*, Les Canadiens en Europe, en partenariat avec le Ministère délégué à la recherche de France, Paris, Salle du Conseil, Université René Descartes Paris V, mardi le 7 décembre 2004 ;
25. « Les enjeux soulevés par le projet de loi 83 révisant la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec », Coalition Solidarité Santé, Montréal, Bureaux de la CSN, vendredi le 21 janvier 2005 ;
26. « Tendances et problématiques de la réingénierie entreprise depuis 2003 au Québec », Forum national et Colloque du SPGQ, *Défendons la Loi sur la fonction publique*, Montréal, Hôtel Delta centre-ville, samedi le 19 mars 2005 ;
27. « Le rôle de l'assurance privée en santé, suite à la décision de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli », *La santé à deux vitesses : non merci!*, Coalition Solidarité-Santé, Auditorium du Collège Maisonneuve, Montréal, mercredi le 28 septembre 2005, 19h ;

28. « Partage de l'information clinique : perspectives légales, éthiques et cliniques », *S'arrimer dans l'action pour mieux répondre aux besoins de la population*, Colloque de l'AQESSS (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux), Palais des congrès de Montréal (co-conférencier : Me Jacques St-Laurent, président de la Commission d'accès à l'information du Québec), vendredi le 30 septembre 2005 ;
29. « Biométrie et protection de la vie privée. Choc des idées », *Les enjeux éthiques de la biométrie*, Forum public de la Commission de l'éthique de la science et de la technologie du Québec, Grande bibliothèque nationale de Montréal, jeudi le 13 octobre 2005 ;
30. « PPP et infrastructures municipales », *Les PPP : questions et enjeux*, Forum, Service aux collectivités, UQÀM, Montréal, samedi le 14 octobre 2005 ;
31. « Le sens du projet de loi 62 pour la gestion de l'eau dans l'arrondissement Plateau Mont-Royal », *Non à la privatisation de la gestion de l'eau à Montréal*, Comité de citoyens du Plateau Mont-Royal, Montréal, sous la présidence de M. André Beauchamp, président de la Commission du BAPE sur la gestion de l'eau au Québec, mercredi le 16 novembre 2005, 19h ;
32. « L'arrêt Chaoulli et le système de santé du Québec », Conseil fédéral de la FIIQ (Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, 700 délégués), Hôtel des Seigneurs, St-Hyacinthe, Québec, jeudi le 1^{er} décembre 2005 ;
33. « Les conséquences de la décision de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli », *Notre système public de santé : on n'a pas les moyens de s'en priver !*, Groupe Genèse, Assemblée publique, 3591 Appleton, Multi-Caf, Montréal, jeudi le 1^{er} décembre 2005, 19h ;
34. « Le rôle du médecin à l'ère post-Chaoulli », Groupe de jeunes médecins de la FMOQ (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec), Chaire Sadok Besrour en médecine familiale, Hôpital Notre-Dame, Montréal, mercredi le 11 janvier 2006 ;
35. « The Politics of Wait times in Québec », *Wait Times : The Facts, the Politics and the Solutions*, National Roundtable, Canadian Health Coalition, Fairmont Château Laurier Hotel, Ottawa, lundi le 16 janvier 2006;
36. « La gestion de l'eau : quel rôle pour l'entreprise privée ? », Table ronde, INRS-Urbansation culture et société, Montréal, vendredi le 20 janvier 2006, 14h-17h (Disponible en ligne : http://www.vrm.ca/Gestion_Eau.asp);
37. « La gestion de l'eau dans les municipalités du Québec : back to the future ?», INRS-Eau, terre et environnement, Séminaire présenté à un groupe de scientifiques sur les enjeux de l'eau, suite à l'adoption du projet de loi 134 à l'automne 2005, INRS-ETE, Québec, jeudi le 26 janvier 2006 ;
38. « Les compétences du Québec en matière de santé, suite à la décision Chaoulli », Caucus du Parti Québécois, Salon rouge du Parlement de Québec (autres

- conférenciers : Dr. Réjean Hébert, doyen, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, Prof. F. Béland, GRIS, Université de Montréal, Michel Clair, président de la Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux), mardi le 31 janvier 2006 ;
39. « L'impact de l'arrêt Chaoulli sur les orientations politiques du système de santé québécois », Colloque de fusion de l'UFP— Option citoyenne, Atelier santé, Montréal, Université de Montréal, Pavillon central, dimanche le 5 février 2006 ;
 40. « The Private Sector in Health Care, Partner or Enemy? », Communication before 300 students of the Faculty of Medicine, McGill University, auditorium Martin, McIntyre building (co-speaker, Prof. C. Manfredi, Political Sciences, McGill University), 9 February 2006;
 41. « Le droit de la gouverne municipale : terrain d'essai de la gouverne nationale ? », *Le droit à tout faire*, Cycle de conférences du CRDP 2005-2006 (Centre de recherche en droit public), Faculté de droit de l'Université de Montréal, Montréal, mardi le 14 février 2006, 17h ;
 42. « Quebec and the Chaoulli decision », *Health Law at the Supreme Court of Canada*, Canadian Institutes for Health Research (CIHR) Training Program in Health Law and Policy, Network Curriculum meeting, Halifax, Nova Scotia, Thursday 23 February 2006;
 43. « Quel jugement porter ... sur le jugement Chaoulli ? », conférence d'ouverture, en présence du ministre de la santé et des services sociaux du Québec, M. Philippe Couillard, pour le colloque *Le privé dans la santé ? Après le jugement Chaoulli, les options du Québec*, Institut du nouveau monde et Réseau de recherche en santé des populations du Québec, 24 et 25 février 2006, studio Théâtre Alfred-Laliberté, UQAM, Montréal, vendredi le 24 février 2006, 19h (Texte de la conférence disponible en ligne : <http://www.inm.qc.ca/node/760>);
 44. « Réaction à la proposition gouvernementale », *Le privé dans la santé ? Après le jugement Chaoulli, les options du Québec*, Institut du nouveau monde et le Réseau de recherche en santé des populations du Québec, studio Théâtre Alfred-Laliberté, UQAM, Montréal, samedi le 25 février 2006 (Disponible en ligne : <http://www.inm.qc.ca/node/760>);
 45. « Les futurs médecins et la décision Chaoulli », Faculté de médecine de l'Université de Montréal, Midi-débat devant les étudiants de la Faculté de médecine 11h45, Pavillon Z-310, Université de Montréal (autres conférenciers : Dr. Serge Dubé, vice-doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, Dr. Simon Turcotte, Médecins pour l'accès à la santé), lundi le 6 mars 2006 ;
 46. « La reconfiguration de la gouvernance municipale de la région de Montréal au cours des quarante dernières années », conférence d'ouverture du colloque *Gouvernance municipale de la région de Montréal. La gestion de la complexité créatrice?*, Institut d'administration publique du grand Montréal (IAPGM), club St-James, Montréal, jeudi le 9 mars 2006 ;

47. “Montréal Charter of Rights and Responsibilities”, Chair, Public Forum, SodecM (Société de développement communautaire de Montréal), 19h, SSMU, Lev Buchman room, McGill University, Montréal, 13 mars 2006 ;
48. « Le post-Chaoulli et la pratique de la médecine au Québec », CHUM St-Luc, 12h-13h30 (autre conférencier : Prof. A-P Contandriopoulos, GRIS, Université de Montréal), lundi le 29 mars 2006 ;
49. « Implementing Chaoulli v. Quebec : opening the door to private health care ? », Round table, Health Law Student’s Association, McGill University, moot court, Wednesday 22 March 2006, 16h-17h30;
50. « La reconfiguration juridique des infrastructures de l'eau au Québec au cours de la dernière année », *Les conteurs d'eau*, Comité EAU St-Jean-Baptiste, Développement et Paix et Les amiEs de la terre, Musée de la civilisation du Québec, Québec, vendredi le 24 mars 2006, 19h-23h ;
51. « Soins de santé privés, réaction du Québec à la cause Chaoulli », conférence en plénière, *Interdépendance*, Congrès national 2006 de l’Institut canadien des retraites et avantages sociaux devant 1100 congressistes, Centre des congrès de Québec, (Autres conférenciers en plénière : Alain Juppé, Antoine Ayoub et Yves Michaud), mercredi le 31 mai 2006, 8h30-9h15 ;
52. « Le projet Charest d'informatisation des dossiers médicaux », Coalition solidarité santé, locaux de la CSN, salle R-43, 1^{er} juin 2006 ;
53. « Québec legal remedies following the Chaoulli decision », *Saving Medicare. National Forum on the Future of Public Health Care*, Canadian Labour Congress, Ottawa, 16 juin 2006;
54. « Enjeux et perspectives pour le Québec en santé », Congrès annuel de la CSQ, Centre des congrès de Montréal, 27 juin 2006 ;
55. « Le projet de loi 33 et la garantie d'accès aux soins de santé », rencontre publique du projet Genèse, Montréal, 4735 Côte Ste-Catherine, jeudi le 28 septembre 2006, 18h30 (présentation vidéo disponible en ligne à : <http://video.google.ca/videoplay?docid=6913976262924573634&hl=en-CA>);
56. « Pauvreté et accès aux soins de santé », 4^e colloque de la Fondation Robert Sauvé, Centre St-Pierre, Montréal, jeudi le 5 octobre 2006 ;
57. « Le droit à la santé suite à la décision de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli », Droit international et droits économiques, sociaux et culturels, classe de la maîtrise du Département de sciences juridiques, UQÀM, salle A-1715, Montréal, jeudi le 12 octobre 2006, 18h-21h ;
58. « Les nouvelles technologies de surveillance et de contrôle à des fins de sécurité », Commission de l'éthique de la science et de la technologie, Table ronde d'experts sur

la proposition d'avis de la Commission, 500, rue Sherbrooke ouest, bureau 800, salle 1, mardi le 14 novembre 2006, 13h à 16h15 ;

59. « Démystifier l'affaire Chaoulli : où en sommes-nous ? », 1^{er} Sommet sur la Privatisation des soins de santé au Québec, Institut canadien, Hôtel Intercontinental, Montréal, mercredi le 22 novembre 2006 ;
60. « Le rôle de la fiscalité selon l'École de Le Play: une orientation pour le Québec”, Colloque international *Frédéric Le Play (1806-1882). Sciences, techniques et société*, Société d'économie et de science sociales (Paris) en partenariat avec l'École nationale supérieure des mines de Paris, avec le soutien du Centre de recherches en histoire du XIXe siècle (Paris IV-Paris I), École des mines de Paris, vendredi le 1^{er} décembre 2006 ;
61. « Le sens du projet de loi 33 en réponse à la décision de la cour suprême dans l'affaire Chaoulli », Assemblée générale du Conseil central du Montréal métropolitain de la CSN, bureaux de la CSN, rue de Lorimier, mercredi le 6 décembre 2006, 19h ;
62. « Les enjeux de la privatisation des soins de santé au Québec », dans le cadre de la conférence *Le droit à la santé : quels enjeux pour le Nord et le Sud ?*, Institut d'études internationales et Chaire C.-A. Poissant, UQÀM, Salle des boiseries, mardi le 13 mars 2007, 16-18h ;
63. « La meilleure eau du monde en Abitibi, au cœur d'un conflit qui se joue entre le local et l'international », *Les conflits de l'eau*, Journées Maximilien Caron, Université de Montréal, Faculté de droit, vendredi le 30 mars 2007 ;
64. « The Impact on Equity of Quebec's Bill 33 », National Conference, *Tommy Douglas' Vision for Medicare. S.O.S. Medicare 2: Looking Forward*, University of Regina, Saskatchewan, 4 mai 2007, (panel *Financing to Achieve Greater Equity*);
65. “The Impact of amalgamations and demergers in Montreal: Lessons for Vancouver area”, delegation of Vancouver Board of Trade, 1550 Meltcalfe, vendredi le 11 mai 2007;
66. «L'impact de la loi 33 sur le système de santé du Québec», Conseil central de Québec Chaudières-Appalaches, CSN, Congrès triennal, Centre des congrès de Québec, mercredi le 30 mai 2007 ;
67. « Montréal : une ville à vendre ? », 4^e Sommet des citoyens de Montréal, UQÀM, samedi le 2 juin 2007 ;
68. «La privatisation des soins de santé au Québec suite à la décision Chaoulli», Forum social québécois, Atelier sur le financement de la santé, pavillon J-A De Sève, UQÀM, Montréal, samedi le 25 août ;

69. «L'eau souterraine en Abitibi : grands axes du cadre juridique», Forum sur la ressource hydrique, Société de l'eau souterraine de l'Abitibi-Témiscamingue, Hôtel des eskers, Amos, 13-14 septembre 2007 ;
70. «Que serait le Québec sans un cadre législatif et une autorité indépendante en matière de protection des renseignements personnels ?», Première Conférence des commissaires à la protection des données de la Francophonie, Centre Sheraton, Montréal, lundi le 24 septembre 2007 ;
71. «Canada's Health Care System: Quebec and the Medicare Debate», Health Law & Policy Seminar Series, Health Law Institute, Dalhousie University, Halifax;
72. « Health Care Reform in Québec », opening session of Conference *Visions*, Health Law Institute, 8-10 novembre 2007, University of Alberta, Banff centre, Banff, Alberta, 28 septembre 2007;
73. « L'accès au médicament: une question de régime? », Conférence de l'Association de santé publique du Québec, dans le cadre des JASP (Journées annuelles de santé publique), *Les enjeux éthiques et sociaux de l'accès au médicament*, Montréal, 21 novembre 2007 ;
74. « Les chartes et le droit de la santé », Colloque pour les 25 ans de la Charte, campus St-Jean, University of Alberta, Edmonton, 23 novembre 2007 ;
75. «Post-Chaoulli direction for healthcare: signs from Quebec», Health Law & Policy Seminar Series, Faculty of Law, University of Toronto, 29 novembre 2007;
76. «Le système de santé québécois et les suites de l'intervention de la Cour suprême du Canada fondée sur les droits de la personne», Séminaires du GRIS, Université de Montréal, lundi le 14 janvier 2008, 12h à 13h;
77. «Recent fall-out of the Chaoulli decision in Quebec», Canadian Doctors for Medicare, Executive meeting, Courtyard Marriott, Toronto, lundi le 21 janvier 2008;
78. «Analyse des récentes modifications apportées ou proposées pour le système de santé du Québec à la suite de l'adoption de la loi 33», Conseil général de l'Union des consommateurs, ACEP de l'île Jésus, vendredi le 29 février 2008;
79. «La gouvernance territoriale au Québec : Montréal face à Québec», cours de master en administration territoriale du professeur François Rangeon, Université de Picardie, Amiens, mardi le 4 mars 2008;
80. «Tropisme du droit. La logique métaphorique et la logique métonymique du langage juridique», Séminaire de l'École doctorale de droit public et de droit fiscal, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, cours du professeur Gérard Marcou, Centre Malher, mercredi le 5 mars 2008, 18h-20h;
81. «Institutions municipales et régionales au Québec», Faculté de droit et de science politique, Université de Bourgogne, Dijon, cours du professeur Jean-Luc Pissaloux, Institutions administratives approfondies, jeudi le 6 mars 2008;

82. «Institutions municipales et régionales au Québec», Institut d'Études politiques, Aix-en-Provence, cours du professeur Luchaire, lundi le 10 mars 2008;
83. «Le rôle historique et contemporain des institutions municipales québécoises en matière de développement économique», Institut d'Études politiques de Science Po, Paris, cours du professeur Jean-Bernard Auby, mercredi le 12 mars 2008;
84. «Le chemin de la privatisation et son impact potentiel sur la pratique médicale au Québec», Médecins pour l'accès, chapitre de *Canadian Doctors for Medicare*, Hôpital St-Luc, Montréal, mercredi le 19 mars 2008, 19h;
85. «Post-Chaoulli direction in Quebec», Action citoyenne, Hall building, Concordia University, salle 760, mardi le 15 avril 2008, 19h;
86. «Post-Chaoulli road to Healthcare Privatization: lessons from Quebec», Health Sciences Association of British Columbia, Guest Speaker for the HSA 2008 Annual Convention, Vancouver, vendredi le 18 avril 2008;
87. «Un régime d'assurance médicaments au Canada : l'expérience du Québec», 25^e Assemblée générale du Congrès du travail du Canada, Palais des congrès du Toronto métropolitain, 14h (panel avec Lorne Calvert, ex-Premier et leader du NPD de la Saskatchewan, 2000 délégués), mercredi le 28 mai 2008;
88. «L'implication citoyenne et la privatisation des soins de santé au Québec», congrès de l'AREQ (Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec), Hôtel Sheraton Laval, Laval, (environ 800 participants), mardi le 3 juin 2008 ;
89. « La transformation du système de santé au Québec », Think-tank Healthcare, FIQ-CFNU (Fédération interprofessionnelle du Québec et Canadian Federation of Nurses Union), Auberge St-Antoine, Québec, mercredi le 16 juillet 2008 ;
90. «Les pouvoirs des municipalités québécoises», conférence de 3 heures dans le cadre du cours *Thématisques locales et régionales*, de Guillaume Rousseau de la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 15h, mercredi le 23 juillet 2008 ;
91. «La contractualisation des services de santé au Québec», atelier santé *La contractualisation des services de santé : autonomie ou nouvelle dépendance?*, Congrès de l'Institut d'administration publique du Canada, Hôtel Hilton, Québec, lundi le 25 août 2008.
92. «La co-production de services», présidence d'atelier, Congrès de l'Institut d'administration publique du Canada, Hôtel Hilton, Québec, 15h30 à 17h, mardi le 26 août 2008;
93. Présidence de l'atelier *Le privé en France*, du colloque «Comprendre le privé en santé», *Les Entretiens Jacques Cartier*, Faculty Club, McGill University, Montréal, 14h-16h, lundi le 6 octobre 2008;
94. «La réforme municipale et ses impacts sur la démocratie locale», colloque VRM, séance d'ouverture, INRS-UCS, Montréal, vendredi le 24 octobre 2008;

95. «La privatisation des soins de santé au Québec : récents développements», Table de concertation des aînés et retraités de la Mauricie, Auberge des gouverneurs de Shawinigan, 10h à 13h, lundi le 27 octobre 2008;
96. «Montréal dans un Québec décentralisé», Colloque *Pour un Québec des régions*, Coalition Pour un Québec des régions, pavillon J.-A. De Sève, UQAM, samedi le 8 novembre 2008;
97. «La route du Québec post-Chaoulli vers la privatisation des soins de santé», 12h à 14h30, Association québécoise pour la défense des droits des retraités Mékinac, Saint-Tite, lundi le 24 novembre 2008;
98. «Santé : alerte aux privatisations», table ronde des Amis du Monde diplomatique, Groupe de Montréal, Cégep du Vieux-Montréal, 19h-21h30, jeudi le 27 novembre 2008;
99. «Latest post-Chaoulli decisions in Quebec», 9h30 à 12h (with Me Steve Shrybman and Colleen Fuller), Coalition canadienne de la santé, Ottawa, vendredi le 23 janvier 2009;
100. «La pratique médicale hybride au Québec et l'avenir du régime public», Présentation aux membres du Conseil d'administration de Médecins Québécois pour le Régime Public, salle 4127, ENAP, Montréal, 9h à 12h, lundi le 16 février 2009;
101. «Healthcare Privatization in post-Chaoulli Quebec», Council of Canadians, Hôtel Days' Inn, Montréal, 10h30, dimanche le 29 mars 2009;
102. «Assessing the role of investor-owned private health clinics in Québec», Insight, Health Innovation and Policy Summit, St. Andrew's Club and Conference Center, Toronto, lundi le 27 avril 2009;
103. «Soins de santé et privatisation. Les politiques publiques du Québec depuis l'affaire Chaoulli», Table de concertation Abus auprès des aînés de la Mauricie, Trois-Rivières, 13h30 (AQDR, FADOQ, AREQ), jeudi le 7 mai 2009;
104. «La route post-Chaoulli pour les soins de santé au Québec», *Les soins de santé : un service public ou un marché? Pour qui travailleront les médecins?*, Colloque de MQRP, conférence d'ouverture, Auditorium Rousselot, Hôpital Notre-Dame, Montréal, jeudi le 14 mai 2009;
105. «Analyse de la gouvernance métropolitaine : par où commencer?», *Débat Gouvernance métropolitaine et nouvelles structures municipales : un échec montréalais?*, INRS-UCS, Montréal, 17h à 19h (avec Marie-Odile Trépanier, J-P Collin, Winnie Frohn, animation Pierre J. Hamel), jeudi le 21 mai 2009;
106. «La prépondérance des droits économiques et sociaux et le droit de la santé : caveat», atelier de formation de 3 heures, dans le cadre du Congrès annuel du Barreau du Québec, organisé par Me Jean-Guy Ouellet, Centre Sheraton, Montréal, samedi le 30 mai 2009;

107. «La tarification en santé : au cœur du débat public-privé, *Débat sur les contributions respectives du privé et du public dans le système de santé du Québec*, entre Claude Montmarquette et Marie-Claude Prémont, Congrès annuel de l'ICRA, Hilton Québec, Québec, mardi le 15 septembre 2009, 8h30-12h;
108. «Pourquoi faut-il aller voter?», Journées annuelles de VRM, *Voter au municipal, qu'ossa donne?*, Musée de la civilisation de Québec, Débat public, jeudi le 29 octobre 2009, 19h30;
109. «La sous-traitance : les cliniques médicales associées», Grande conférence de l'IRSPUM, Université de Montréal, jeudi le 26 novembre 2009.
110. «Comment comprendre les résultats de l'élection municipale montréalaise du 1^{er} novembre dernier?», Présentation et discussion avec le caucus de Vision Montréal, 13h – 15h30, vendredi le 27 novembre 2009, Hôtel de ville de Montréal.
111. «Post-Chaoulli Healthcare Privatization in Canada : Lessons from Quebec», Seminar Series, Epidemiology, Biostatistics & Occupational Health, McGill University, Monday 15 February 2010, 16h-17h.
112. «Recent changes in the Quebec Healthcare System conducive to Privatization», Faculty of Medicine, Medicine and Society Seminar for graduating students, McGill University, 9h-12h, McIntyre Building, Martin Amphitheatre, Wednesday March 3rd 2010.
113. «Nunavik, alcohol and self-government : what role for women and northern village councils?», formation de 3 heures auprès d'un groupe d'une trentaine de femmes inuites du Nunavik, École Femmes et Démocratie et Saturviit, jeudi le 20 mai 2010, Puvirnituq, Nunavik.
114. «Le rôle des municipalités dans la recomposition économique du Québec», (avec Marc-Urbain Proulx, UQAC), Symposium VRM des études urbaines, INRS-UCS, jeudi le 10 juin 2010.
115. « Le développement économique : comment s'est déroulée la joute entre le Québec et les municipalités?», intervention de 3 heures dans la cadre du cours de Doctorat *Évolution des doctrines et théories scientifiques en développement régional* (DDR 9001) de Marc-Urbain Proulx (UQAC) et Yann Fournis (UQAR), Saguenay, 8 octobre 2010;
116. «Le système de santé québécois : un patrimoine social», Grand rassemblement communautaire à Rouyn-Noranda sur l'action communautaire autonome, 26 et 27 octobre 2010;
117. «Post-Chaoulli: politicians and health insurance», War Memorial Hall, Guelph University, Ontario, Health Coalition of Ontario, 2 novembre 2010;
118. «The Chaoulli ruling sequel in Quebec and Canada», *Healthcare and the Charter Challenges*, Ontario Health Coalition, Toronto, 8 novembre 2010;

119. «Immigration et politiques de santé : faut-il miser sur la protection des libertés fondamentales?», Colloque *Pluralisme religieux et immigration : tendances, options, gestion*, Québec (ENAP et Fondation Trudeau), 27 janvier 2011.
120. «Metropolitan Post-mergers conflicts», *Spatiality and Justice, Interdisciplinary Investigations on a Political Philosophy of the City*, Le Méridien Versailles, McGill University et Université de Montréal, CREUM, jeudi le 5 mai 2011.
121. «Le bras de fer entre le contrat et la norme législative. La gouvernance par le contrat», *Le droit comme vecteur de la gouvernance en santé? Défis théoriques et enjeux pratiques de l'accès aux soins de santé*, colloque de l'ACFAS, Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke, mardi le 10 mai 2011.
122. «Les contestations judiciaires découlant des fusions municipales», *La réorganisation municipale de 2002, dix ans plus tard. Quel bilan et quelles perspectives?*, colloque de l'ACFAS, organisé par l'ENAP, Sherbrooke, mercredi le 11 mai 2011.
123. «Droits économiques et sociaux et l'accès aux soins de santé : sur la voie de la collision», *Droits économiques sociaux et culturels et déterminants de la santé : rencontre entre le social et le juridique*, colloque de l'ACFAS, organisé par la Faculté de droit de l'Université de Montréal et le département des sciences juridiques de l'UQÀM, Université de Sherbrooke, jeudi le 12 mai 2011.
124. «Le financement des soins de santé au Québec : principes et réflexions» Rendez-vous national des générations, Institut du Nouveau Monde, UQÀM, samedi le 15 octobre 2011, 13h à 14h.
125. «Healthcare in Canada: Cooperative or Competitive Federalism», Symposium Reference Re Assisted Human Reproduction Act. Implications of the Supreme Court's Decision, Health Law Group, Faculty of Law, University of Toronto, 4-5 novembre 2011.
126. Débat au Salon du livre de Montréal, *Quel rôle pour l'État?*, dans le cadre du lancement de l'ouvrage *Secrets d'État* (réd : Nelson Michaud), samedi 19 novembre 2011.
127. «La participation citoyenne et l'amélioration du système de santé», Séminaire Stratégies d'amélioration de la performance des organisations de santé, Observatoire international de la santé et des services sociaux, Hôtel Loews Le Concorde, Québec, 2 décembre 2011.
128. «La proposition d'inclusion du droit d'accès aux soins de santé à la Charte québécoise des droits et libertés. Comment apprendre du Brésil», Séminaire Brésil-Québec, 6-7 décembre 2011, ENAP, Montréal.
129. «La Constitution et les municipalités qui veulent assurer une certaine équité d'occupation des territoires en difficulté», *No Place like home / Rien ne vaut son chez-soi*, Conférence CALT (Canadian Association of Law Teachers- Association canadienne des professeurs de droit), Université de Montréal, 23 mai 2012.

130. «Le génie du régime d'assurance-médicaments du Québec, ou comment cacher un défaut fatidique sous un atout», Conférence L'assurance médicaments au Québec : modèle ou repoussoir?, CAHSPR / ACRSPR, Hôtel Bonaventure, Montréal, mercredi le 30 mai 2012.
131. « La législation : une contribution à l'analyse du développement régional », Séminaire sur la transversalité III : la méthodologie, CRDT, Sépia, Québec, 23-24 août 2012, Québec.
132. « La fiscalité locale des barrages et centrales hydroélectriques au Saguenay—Lac-Saint-Jean », présentation des résultats intérimaires de recherche devant le cabinet du maire de Saguenay, Jean Tremblay, lundi le 24 septembre 2012 (avec Marc-Urbain Proulx, UQAC)
133. « La pertinence du droit en analyse des politiques publiques de santé : exemple des coopératives santé dans le système de santé québécois », intervention et présentation de 2 heures dans le cours de Mélanie Bourassa Forcier, faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, *Politiques publiques dans le domaine de la santé*, campus de Longueuil, samedi le 3 novembre 2012.
134. « The role of private insurance : Pharmacare in Quebec », *Pharmacare 2020*, CASPHR, 20 février 2013, Vancouver.
135. « The role of private insurance : Pharmacare in Quebec », *Rethinking Drug Coverage: Time for Universal Pharmacare?*, Ottawa, 25 mai 2013.
136. “Hydroelectricity and Regional Development. Comparison between British Columbia and Quebec”, Faculty of Law, University of Victoria, 20 February 2014.

9. ACTIVITÉS INTER-UNIVERSITAIRES OU CONTRIBUTIONS À DES ORGANISMES PUBLICS

A.P.D.Q.	Association des professeurs de droit du Québec, (A.P.D.Q.) 1997-2000, membre de l'exécutif ;
A.Q.D.C.	Association québécoise de droit comparé (A.Q.D.C.), 1998-2001, membre de l'exécutif;
F.Q.P.P.U	Déléguée de MAUT auprès de la Fédération Québécoise des professeures et professeurs d'Université du Québec (FQPPU), 1998-2001; 2003-2004; Membre élue du Comité sur la liberté académique et l'autonomie universitaire (CLAAU) de la FQPPU, 1998-2000; Membre du Comité <i>ad hoc</i> de la FQPPU, sur la commercialisation de la recherche universitaire;
C.A.U.T.	Représentante de MAUT, en tant que Vice-présidente aux affaires extérieures, 2003-2004;

Comités de pairs pour l'évaluation des demandes de subvention de recherche :

Canadian Institutes of Health Research, 2002-2003 et 2003-2004.

Comité d'attribution des bourses de l'Institut santé et Société de l'UQÀM / Aon, 2004-2005; 2005-2006; 2006-2007.

Participation en tant qu'expert à une journée de consultation de la Fondation canadienne de la recherche sur les systèmes de santé, *À l'écoute III*, afin de déterminer les grandes orientations de la recherche dans le domaine des soins de santé, le lundi 26 février 2007, Montréal.

Commission de l'éthique, de la science et de la technologie du Québec

Membre du groupe de travail sur les enjeux éthiques des banques d'information génétique, 2002-2003. Publication de l'avis de la Commission : *Les enjeux éthiques des banques d'information génétiques : pour un encadrement démocratique et responsable*, 2003, 97 p.

Membre du groupe de travail sur les enjeux éthiques associés aux nouvelles technologies de surveillance et de contrôle, 2006- 2007 et 2007-2008 ;

Comité de surveillance du projet vitrine de carte à microprocesseur de la région de Laval

Présidence (nommée par la ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, Madame Pauline Marois), 2000-2001 ;

CREPUQ Évaluation de la proposition de programme de doctorat du Département des sciences juridiques, Faculté de science politique et de droit, UQÀM, 2005-2006 ;

Ville de Montréal Activités de conseil au sujet de l'interprétation de projet de loi sur la réorganisation municipale (défusions), dans le cadre de la préparation de mémoires présentés en Commission parlementaire, 2003 ;

Commissaire à la santé et au bien-être du Québec :

Nommée à la liste de vacance de membre expert au Forum de consultation du Commissaire à la santé et au bien-être, 2008 — ;

Nombreuses évaluations d'articles pour diverses revues académiques, 1997 — .

Membre du Comité consultatif de la *Revue de droit de la santé de McGill* (McGill Journal of Law and Health).

Membre du jury du concours vidéo parrainé par la CSN pour la confection d'un vidéo sur l'importance des services publics, 2010.

Membre du «National Working Group on the Alberta Health Act» sur les amendements proposés par le gouvernement albertain, 2010.

10. ACTIVITÉS UNIVERSITAIRES

Université McGill

MAUT (APBM), McGill Association of University Teachers, membre du Conseil, 1998 — 2001, vice-présidence aux affaires extérieures, 2003 — 2004;
Sénat de McGill, représentante de la Faculté de droit, 1999 — 2001;
Conseillère au Comité de la propriété intellectuelle de l’Université McGill, 1999 — 2000;
Membre du sous-comité pour la révision des ‘McGill Tenure Regulations’, 2003 — 2004;
Council of Graduate and Post-doctoral Studies, 2004 — 2007;
Supervision Working Group, GPSO, member, 2004 — 2007;
Advisory Committee for the Selection of an Associate Provost (Graduate Education) & Dean of Graduate and Postdoctoral Studies, 2005 — 2006;
Quebec Studies Program Committee, 2005 — 2007.

Faculté de droit de l’Université McGill

Comité des admissions, 1995-2000; 2003-2004;
Ateliers Annie-Macdonald-Langstaff, co-présidente, 1995 — 96; 1996 — 97;
Computer Committee, membre, 1995 — 96;
House Committee, membre, 1995 — 96;
Comité Wainwright, membre et secrétaire, 1996 — 1998;
Private Law Foundations Committee, 1997;
First Year Private Law Committee, 1998 — 99;
Working Group on Differential Tuition Fees, 2000 — 2001;
Recruitment Committee, 2001 — 2002;
Faculty Marshall, 2001 — 2002;
Secretary, Faculty Council, 2002;
Graduate Studies Committee, 2004 — 2007;
Curriculum Committee, 2004 — 2007;
Dean’s Planning Group, 2004 — 2007.

ENAP

Communauté épistémique santé
Communauté épistémique dans le domaine municipal
Communauté épistémique autochtone
Comité sur l’évaluation du rôle de l’Assemblée professorale. Analyse des documents normatifs et rapport, 2010

Comité de demandes de révision d'admissions, 2009 –

Comité de sélection de personnel à la Direction des études et de la recherche, ENAP, Montréal, 2009-2010.

Comité de recrutement de nouveaux professeurs, 2012

11. SUBVENTIONS ET CONTRATS DE RECHERCHE

Santé, droit, et nouvelles technologies de l'information

- WG-5, Action concertée sur les cartes santé, collaboration Québec, Canada, Union européenne, subvention du Gouvernement québécois, 1994-1996;
- RISQUE (Réseautage de l'information de santé au Québec); Vaste projet de recherche multi-disciplinaire impliquant plusieurs institutions universitaires et autres du Québec, subventions du FRSQ et CRM, 1996 -2003;
- Réseau FRSQ de recherche en éthique clinique, principalement Axe 3 sur l'organisation des soins de santé et la distribution des ressources, subventions du FRSQ 1999- 2002;
- NETLINK, WG-6, collaboration Québec-Union européenne, subvention de recherche du Gouvernement québécois, 1999-2000;
- Le médecin-entrepreneur au Québec, collaboration avec Lee Sodestrom, professeur au département des sciences économiques, Université McGill, subvention de recherche du FRSQ, 2000;
- Participation au Comité directeur d'une vaste subvention de recherche VRQ, sur la constitution et l'utilisation d'une banque de données sur la périnatalité au Québec (Direction au Centre de recherche de l'Hôpital St-François d'Assises);
- Centre de bioéthique, IRCM, « La rhétorique de la réforme du système de santé au Québec », 2002-2003;
- Réseau de recherche en santé des populations et assurance privée, « Les suites de l'arrêt Chaoulli sur le système de santé du Québec », hiver 2006.
- IRSC, Subvention sur la synthèse des connaissances. « Effets des politiques publiques sur les pratiques de fin-de-vie : une revue systématique », co-chercheure (96 996\$ pour 1 an), 2013-2104. Chercheur principal : Antoine Boivin, Université de Sherbrooke.

Secteur local

- Le financement scolaire au Québec, en collaboration avec OREP, McGill et J. Paquette, UWO, financé par la Commission nationale des finances et de la fiscalité locales du Québec, 1997-1998;
- L'histoire de l'immeuble par destination en droit civil, 1998, subvention Wainwright (4 800\$);
- La fiscalité municipale, subvention de la Faculté de droit de l'Université McGill;
- L'histoire des exonérations et exemptions de taxes municipales, subvention de la Faculté de droit de McGill, 2000;
- Fondation du Barreau du Québec, « Les enjeux de la fiscalité locale au Québec: d'hier à demain, entre le fardeau local et l'action globale », 2001-2002 (10,000\$);
- Fonds Wainwright, « Le rôle du concept de l'immeuble dans l'histoire de la fiscalité locale au Québec », 2002-2003 (5,000\$);
- Fonds Wainwright, « L'École de Le Play et la fiscalité au Québec », été 2006, (4,800\$).
- CRSH, «Partenariats multipartites et coordination territoriale de l'action publique», avec Serge Belley (chercheur principal) et Gérard Divay : programme de recherche 2009-2011, pour un montant total de 92 045\$.
- Recherche contractuelle avec la Ville de Saguenay, « La fiscalité des installations hydroélectriques au Saguenay Lac Saint-Jean, 2011-2012, en partenariat avec l'UQAC.

Responsabilité civile et accidents du travail

- L'histoire de la *Loi sur les accidents du travail*, 1998, subvention de la Faculté de droit de McGill;
- L'histoire de l'activité législative de la 3e République française, 1999, subvention Wainwright (220\$);
- L'histoire de la responsabilité civile, en droit civil et en *common law*, subvention Wainwright, 2000, (5 500\$);
- Le rôle de l'École de Le Play au Québec sur le régime des accidents du travail, été 2002, Fonds Wainwright, (5,000\$).

Études autochtones

- Fonds Claire L'Heureux-Dubé pour la justice sociale, «Discussion camp with Inuit women from Nunavik, on violence to women and children », été 2005 (40,000\$);

- Divers (Air Inuit, Makivik, Hydro-Québec, Ministre des affaires autochtones du Québec, Groupe Autochtonie et gouvernance, Faculté de droit, Université de Montréal, Fonds Wainwright, Faculté de droit, Université McGill), environ 50,000\$ en nature (billets d'avion de Air Inuit) ou en argent, pour le camp mentionné au point précédent. (A donné lieu à la publication en direct, d'une série d'articles en 1^{ère} page dans *Le Devoir*, du 2 août au 5 août 2005 (« Vingt-sept femmes sous la tente. Pendant quatre jours au camp Qilalugaq, femmes inuites et québécoises se rencontreront et discuteront de la réalité du Nord », etc.).

Protection des renseignements personnels

Contrat de recherche et rédaction de 34 600\$ avec la Commission d'accès à l'information du Québec, concernant la vidéosurveillance des lieux publics par les organismes publics, en collaboration avec Christian Boudreau et la DSO de l'ENAP. Rapport final : C. Boudreau, **M.-C. Prémont**, «La Commission d'accès à l'information du Québec face à la vidéosurveillance des lieux publics par les organismes publics, juin 2009, 55 p. Ce rapport est rendu public par la Commission.

Autres questions de droit administratif

Analyse juridique concernant les difficultés d'accès au Québec à la procédure de l'interruption volontaire de grossesse, à la demande de la présidente du Conseil du statut de la femme du Québec. Dépôt le 13 août 2009 du rapport : **M.-C. Prémont**, «Les difficultés d'accès à l'avortement. Analyse juridique présentée au Conseil du statut de la femme», 16 p.

12. ÉTUDIANTS AUX ÉTUDES SUPÉRIEURES

Howard Allan Baker, *The Application of Emerging Principles of International Environmental Law to Human Activities on Outer Space*, Institute of Air and Space Law, McGill University, 1996, doctoral thesis (membre du jury de thèse)

Carlos Ezequiel Aguilar Cortes, *Air Carrier Liability and Automation Issues*, 2002, LL.M., (supervision);

Robert J. Tétrault, Évaluation médicale et sécurité sociale. Le cadre juridique de l'intervention des professionnels de la santé dans la mise en œuvre des régimes de sécurité sociale au Québec, Faculté de droit, thèse de doctorat, Université Laval, 2003 (membre du jury de thèse);

Ayumi Takizawa, Workers' Compensation Scheme. Comparative Analysis between Japan and Ontario, 2004, LL.M. (supervision);

Hermance Pelletier, Analyse des stratégies budgétaires des municipalités à la lumière des facteurs structurels : mise en relation des villes de la région métropolitaine de Montréal, 2 août 2004, 307 p. plus les annexes, INRS urbanisation, culture et société, doctorat en Études urbaines (membre du jury de thèse) ;

Aude Delechat, *Une concurrence fiscale déloyale*, mai 2005, 103 p., LL.M. (évaluation externe) ;

Dararith Kim-Yeat, The impact of Cambodia's WTO agreements on the right to health under its jurisdiction, LL.M., (supervision, non complété);

Damon Stoddard, A New Canadian Intellectual Property Right: the Protection of Data Submitted for marketing Approval of Pharmaceutical Drugs, LL.M., 2006 (évaluation externe);

Alaa Naji, Diyah as a third dimension to air carrier liability conventions, D.C.L., 2007 (membre du jury de thèse);

Julie Cousineau, *L'intersection entre droit et bioéthique*, thèse de doctorat, (supervision interrompue lors de mon transfert à l'ENAP).

Nathalie Boulanger, Responsabilité et réparation face à de nouveaux risques sociaux, environnementaux et sanitaires : le cas des cultures transgéniques au Québec, mémoire de maîtrise, Institut des sciences de l'environnement, UQÀM, mai 2007 (évaluation externe).

Marie-Ève Chouinard, «La protection du public dans un contexte de mondialisation. La place de la question de la mobilité professionnelle», rapport de stage, septembre 2008, Stage à l'Office des professions du Québec.

Sara Veilleux, «La délégation de services publics dans le domaine de la santé au Québec», Stage à la Direction de l'évaluation du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010.

Elsa Acem, «Patients' rights law and medical technology : a comparative study of the reuse of medical devices», Département des sciences juridiques, UQÀM, membre externe du comité d'évaluation, 2010.

Pascal Lavoie, «La gouvernance urbaine à l'épreuve du métro de Montréal», mémoire de maîtrise, 2011.

Frédéric Lalande, «La fondation hospitalière au Québec : son rôle face à la mission de l'hôpital», mémoire de maîtrise, (en cours).

Louise Tremblay, «L'implantation des comités multidisciplinaires au CHUM : difficultés et solutions», projet d'intervention (en cours).

Cynthia Gagnon, « La planification stratégique et le Plan de développement de zone agricole de la MRC de Lotbinière », hiver 2013.

Charles-André Major, « Le renouveau de la Commission municipale », automne 2013.

13. SUPERVISION D'ESSAIS D'ÉTUDIANTS DU PREMIER CYCLE

François Carrier, «Art et droit: introduction dramatique au droit d'auteur», 1995;

Audrey Murray, «À propos de la compatibilité des concepts structurants des langages juridique et économique: esquisse d'une réflexion», 1996;

Colette Langlois, "Speaking in Tongues. Protecting Aboriginal Rights to Intangible Cultural Property", 1996;

Anne Triboulet, «Analyse linguistique du droit applicable aux demandeurs d'asile: l'exemple de Mariama», 1997 (a fait l'objet d'une publication);

Véronique Wattiez-Larose, «Pour une approche civiliste au transfert électronique de fonds», 1998;

Axel Barnabé, "Market Inefficiency and Health Care in Canada", 2000;

Susan Lawson, "Can the Canadian Health Care System be Dismantled?", 2000;

Geeta Narang, "Workers' Compensation: Assessing the Implementation Mechanisms" Private versus Public Insurer", 2000;

Sara Chaudhary, «Activisme social et diffamation en *common law*», 2000;

Adam Mizera, « Des fermetures de lits d'hôpitaux à l'ouverture à l'informatisation : l'impact potentiel sur la structure juridique du système de santé québécois », 2001;

Élizabeth Gagné, « Perspectives d'un système d'indemnisation objectif dans le domaine de la responsabilité médicale », 2002;

Emmanuelle Marceau, « Le système de santé au Cambodge », 2002;

Annie Gagnon-Larocque, « Le projet de loi 99 du gouvernement Harris : l'agenda caché des modifications à la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail de 1997 », 2002;

Emmanuelle Marceau, «Le réseautage informatique des renseignements de santé et le rôle du médecin», 2003 ;

Tim Buckland, «Constitutional Challenges to the Protection of Personal Information in the Canadian Private Sector», 2004;

Katie Wilson, «Case Comment: Imperial Oil v. Quebec (Minister of the Environment), 2004;

Annie Mailhot-Gamelin, «Le financement des services d'eau à Montréal», 2004 (récipiendaire du prix du meilleur essai);

Cory Verbauwedge, « Événement imprévu et soudain. L'histoire d'une expression aux conséquences lourdes pour l'indemnisation des victimes d'accidents du travail », décembre 2004 ;

Dominique Perreault-Joncas, « Étude économico-juridique d'un régime d'indemnisation sans égard à la faute pour les accidents iatrogéniques au Québec, 12 août 2005, 56 p. plus annexes et bibliographie ;

Marie-Ève Léveillé, « L'appui à la proposition gouvernementale du livre blanc *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Analyse des mémoires présentés à la Commission des affaires sociales », août 2006, 57 p., plus annexe de 70 p. ;

Jean-Philippe Dallaire, « Tirer profit de l'universalité : une analyse historique et législative des mécanismes provinciaux de réglementation de l'assurance-santé au Canada », août 2006, 61 p. ;

Jean-Philippe Dallaire: « Analyse statistique des réorganisations municipales au Québec », essai de 1 crédit, août 2006, 34 p. ;

Maxime Laverdière, « La notion de consentement en matière de protection de la vie privée dans le secteur privé au Québec et au Canada : entre omniprésence et futilité », essai senior de 6 crédits, (récipiendaire du prix Wainwright pour le meilleur essai).

14. AUTRES FORMATIONS DONNÉES

«Les Commissaires scolaires et l'éthique», Formation de trois heures donnée aux avocats et avocates des Commissions scolaires de la grande région de Montréal, le 25 mars 2010.

«Éthique et gouvernance municipale», Formations de 3 heures dans le cadre de l'École des femmes, Centre de développement Femmes et gouvernance, à Québec, Montréal et dans l'Outaouais, quelques fois par année, depuis 2009.

15. ORGANISATION DE CONFÉRENCES

(En tant que membre du Comité organisateur, du Comité scientifique ou du Conseil exécutif)

Congrès annuel de l'APDQ, «Splendeurs et misères de la carrière universitaire en droit», 1-3 mai 1998 (1^{ère} responsable);

Congrès annuel de l'APDQ, «Les institutions d'enseignement du droit: passé, présent, futur», 16-18 avril 1999 (membre de l'exécutif);

Congrès international sur la pensée de François Gény, «La pensée de François Gény éclairera-t-elle le troisième millénaire? *Méthode d'interprétation et sources en droit privé positif: essai critique 1899-1999*», 28-30 octobre 1999 (membre du comité scientifique);

Congrès annuel de l'APDQ, «La formation juridique sans frontières», 14-16 avril 2000 (membre de l'exécutif);

AQDC, congrès annuel, «La vente internationale à la lumière des textes récents», 10 mars 2000 (membre de l'exécutif);

Congrès annuel du Réseau FRSQ de recherche en éthique clinique, «L'éthique de la recherche avec des êtres humains: l'Énoncé de politique des trois Conseils de recherches du Canada face à la réalité de la recherche», 24 mars 2000 (membre du comité scientifique);

AQDC, Journée-débat, *Dans la foulée des réformes municipales*, 20 avril 2001 (1^{ère} responsable);

IRCM, CAIQ et Centre de bioéthique de l'IRCM, *L'informatisation des dossiers médicaux au Québec : défis et enjeux*, 9 mai 2001, IRCM, Montréal (membre du Comité scientifique);

Institut du nouveau monde, *Colloque Le Privé dans la santé? Après le jugement Chaoulli, les options du Québec*, 24 et 25 février 2006, UQÀM, Montréal (membre du comité scientifique);

Société d'économie et de sciences sociales, *Colloque international Frédéric Le Play, 1806-1882, Sciences, techniques et société*, École des Mines de Paris, 30 novembre-1^{er} décembre 2006 (membre du Comité scientifique);

Association de santé publique du Québec, *Les enjeux éthiques et sociaux de l'accès au médicament*, Journées annuelles de santé publique, novembre 2007 (membre du comité scientifique).

16. INTERVENTIONS DANS LES MÉDIAS

Interventions nombreuses dans les médias, surtout à la Société Radio-Canada (dont deux fois à l'émission d'affaires publiques, *Le Point*, et l'émission *La Facture*) et à plusieurs reprises dans *Le Devoir*, sur les questions de gouvernance municipale et de réformes du système de santé. Parution dans *l'Actualité* en mars 2008 et dans la revue *Protégez-vous* à l'hiver 2011.

Selon une étude réalisée Cormex, *Media Analysis Report. Canadian Universities in the Media : Winter 2006*, **M.-C. Prémont** se classe quatrième au classement “Top 10 Québec Experts” (p. 14 de l’analyse) et 11^e au classement « McGill top 30 experts » (p. 10 de l’analyse).