

## 82 %. La régulation IA en assurance santé et la variable qu'elle refuse de mesurer.

A partir d'une étude Stanford de janvier 2026, et ce qu'elle révèle d'un système auto-stabilisé par l'inobservabilité.

Un système peut réguler par seuil de qualité algorithmique. Un autre peut réguler par seuil d'épuisement administratif. Ces deux régulations ne sont pas du même genre, et le système d'assurance santé américain a, de fait, fini par fonctionner sur le second mode.

Une étude de Mello, Trotsyuk, Djiberou Mahamadou et Char publiée dans « Health Affairs » en janvier 2026, « The AI Arms Race in Health Insurance Utilization Review », livre un chiffre que la doctrine régulatoire devra digérer : **81 % des refus d'autorisation préalable émis dans les plans Medicare Advantage et appelés par les bénéficiaires sont infirmés en révision**. Les données 2024 publiées par KFF à partir des reportings CMS donnent 80,7 % d'appels partiellement ou totalement infirmés sur 4,1 millions de refus. L'ordre de grandeur est stable : environ quatre appels sur cinq aboutissent à une infirmation partielle ou totale. Ce chiffre n'est pas un défaut ponctuel. C'est un point de fonctionnement.

### Le chiffre, dans son cadre

Avant toute interprétation, il faut établir l'ordre de grandeur, et résister à la tentation d'agréger des mesures qui ne portent pas sur les mêmes cohortes.

Sur l'année 2024, les assureurs Medicare Advantage ont rendu 52,8 millions de décisions d'autorisation préalable. 4,1 millions ont été refusées (7,7 %). Sur ces refus, « 11,5 % ont fait l'objet d'un appel », et 80,7 % de ces appels ont été partiellement ou totalement infirmés\*\* (KFF, à partir des données CMS, janvier 2026). C'est la donnée agrégée rigoureuse.

Le complaint « Estate of Lokken v. UnitedHealth Group » allègue, dans le segment post-acute care géré par le modèle nH Predict, un taux d'appel d'environ 0,2 % seulement. Cette donnée est plaidoirie, pas constat agrégé. Elle est cohérente avec la mécanique : plus la cohorte est vulnérable (patient âgé, soin à fenêtre clinique courte, mortalité concurrente), plus le taux d'appel s'effondre. Les deux chiffres ne mesurent pas la même chose ; ils décrivent la même structure à deux résolutions.

Sur 4,1 millions de refus, **3,63 millions ne sont jamais contestés**. Combien d'entre eux auraient été infirmés s'ils l'avaient été ? Le système ne le mesure pas, et l'argument central de cet article est que cette inobservabilité n'est pas un accident méthodologique. C'est une propriété structurelle du dispositif.

### Mécanique et composantes de la friction

Pour qu'un bénéficiaire passe du refus à l'infirmation, il faut franchir une chaîne d'obstacles documentés. Sept jours désormais, depuis la règle CMS-0057-F en vigueur au 1er janvier 2026 pour les « impacted payers » (Medicare Advantage, Medicaid managed care, CHIP, et plans QHP des marchés fédéraux), pour la première décision en standard ; 72 heures pour l'expédité. La règle impose également la motivation spécifique des refus. Plusieurs obligations API associées ont des échéances distinctes, notamment 2027 pour la mise en œuvre opérationnelle des Prior Authorization API. Récupération du dossier médical, lettre du médecin traitant, formulaire d'appel, échange avec le service contentieux. En cas de refus du first-level appeal : second-level, hearing devant un independent review entity, Medicare Appeals Council, judicial review en cour fédérale.

Pour les soins post-aigus (skilled nursing facility care, rééducation), le délai d'appel excède souvent la fenêtre clinique pertinente. **L'appel arrive après que le besoin a cessé d'exister.**

Cette friction se décompose en trois composantes qu'il est utile de distinguer, sans préjuger de leur poids relatif :

1. Friction administrative : délais procéduraux, formulaires, niveaux d'appel, deadlines, formats de soumission ;
2. Friction informationnelle : fragmentation du dossier clinique, coût de récupération, traduction en grammaire d'utilisation review, certification de la trajectoire de soin ;
3. Friction cognitive : compréhension du droit au recours, capacité de mobilisation du prescripteur, état d'épuisement du bénéficiaire, asymétrie de littératie face à la lettre de refus.

La part relative de ces trois composantes n'est pas mesurée à ce jour. Réduire l'une ne réduit pas mécaniquement les autres : un dossier parfaitement orchestré n'efface pas la complexité juridique du recours, ni l'épuisement d'un bénéficiaire âgé en post-acute care. La distinction compte parce qu'elle conditionne la portée de toute intervention régulatoire.

Côté soignants, le tableau est complémentaire. Selon l'AMA, les médecins consacrent en moyenne 12 heures par semaine aux demandes d'autorisation préalable ; 94 % rapportent des délais de soins associés ; 78 % indiquent que des patients abandonnent un traitement face au coût d'attente. Au niveau national, les providers dépensent autour de 19,7 milliards de dollars par an à plaider des refus.

## La thèse, et une précision doctrinale qui la renforce

La régulation IA dans l'assurance santé américaine n'opère pas par garantie de qualité algorithmique. **Elle opère par friction d'usage.** La conformité réglementaire du système est compatible avec un taux élevé de décisions initiales non soutenues après contestation, dès lors que le coût d'appel pour le bénéficiaire reste prohibitif.

Une précision doctrinale s'impose ici. Le terme de « calibration » suggère une intention centralisée, un acteur qui ajusterait explicitement le coût d'appel à un seuil de mobilisation cible. Cette assertion serait plus forte rhétoriquement et plus faible empiriquement. Les éléments dont on dispose (le « dial » paramétrable rapporté par d'anciens employés d'EviCore, les contrats à risque indexés sur la réduction des dépenses, l'argumentaire commercial du 3-pour-1) convergent vers une optimisation distribuée de l'industrie, pas vers un commandement central.

La position défendable est plus fine, et plus difficile à attaquer : **le système n'a pas besoin d'être conçu pour le non-recours pour fonctionner par lui.** Une optimisation émergente est plus difficile à régler qu'une intention centralisée, précisément parce qu'elle n'a pas d'auteur identifiable. Et un système qui n'a pas d'auteur n'a pas non plus de responsable régulatoire désigné.

Le système est donc « structurellement équivalent » à un calibrage. Il fonctionne « comme si » calibré, sans qu'il soit nécessaire de prouver une intention centrale. Cette nuance n'affaiblit pas la thèse. Elle la déplace : ce n'est pas l'intention qui est régulable, c'est la propriété structurelle.

## L'inobservabilité comme variable politique

Un taux d'erreur observable est régulaible. Un taux d'erreur non observable ne l'est pas.

Le système actuel ne mesure pas combien de refus non contestés auraient été réversibles après contestation. Il ne le mesure pas « par construction » : la non-contestation est précisément l'événement qui empêche la mesure. La conséquence régulatoire est radicale.

Une norme de qualité ne peut s'appliquer qu'à ce qui se laisse observer. Elle ne s'applique donc qu'aux refus contestés, soit 11,5 % du total dans la cohorte agrégée, soit le segment biaisé par sélection vers les cas où la contestation paraissait viable. Le segment non contesté, qui est mathématiquement le plus large, est régulatoirement inaccessible. Ce n'est pas un trou dans la régulation. **C'est l'angle mort que le système entretient comme condition de sa propre stabilité.**

Cette propriété rend le système auto-stabilisé. Plus le coût de contestation est haut, plus le segment non contesté s'élargit. Plus ce segment s'élargit, plus la part régulatoirement mesurable se concentre sur des cas marginaux. Et c'est sur cette part marginale que les régulateurs travaillent. **Le réel échappe à l'instrument qu'on lui applique.**

D'où l'ancrage doctrinal : le défaut régulatoire n'est pas que le modèle refuse trop. Le défaut est que le système ne mesure pas le coût nécessaire pour transformer un refus en objet contestable. La décision initiale est observable. L'appel est observable. Mais la zone politiquement décisive, tous les refus qui ne deviennent jamais des appels parce que la preuve est trop coûteuse à reconstituer, reste hors métrique.

La question n'est donc pas seulement qui décide. C'est qui détient l'architecture de preuve au moment du refus.

## Friction ex post n'est pas le tout du dispositif

La friction ex post (le coût d'appel après refus) est ce que la doctrine décrit habituellement. Mais elle ne constitue qu'une moitié du système réel.

L'autre moitié est la **dissuasion ex ante** : la non-demande de soins anticipée. Ce que d'anciens cadres de l'industrie de la prior authorization appellent le **sentinel effect**, désigne le médecin qui, ayant intégré le coût statistique d'une demande susceptible d'être refusée, cesse de la formuler. Le bénéficiaire qui, ayant intégré l'historique de refus dans sa catégorie de soin, ne demande plus l'intervention au prescripteur. Aucune de ces non-demandes n'apparaît dans les statistiques de prior authorization. Elles sont structurellement invisibles parce qu'il n'existe pas de catégorie comptable pour les soins jamais demandés.

Le système n'est donc pas seulement un système de refus. **C'est un système qui modifie la distribution des demandes.** La dissuasion *Ex Ante* précède la friction ex post, et elle agit sur un volume qu'aucun reporting ne capture. Si l'on devait nommer la propriété d'ensemble, ce serait : régulation par dissuasion *Ex Ante* de la demande, complétée par régulation par friction ex post du recours. Les deux mécanismes composent un dispositif dont l'efficacité opérationnelle se mesure non pas au taux de refus, mais au rapport entre demandes initiales et demandes potentielles, rapport qui n'est jamais publié, parce qu'il n'est jamais calculé.

L'inobservabilité ne porte donc pas seulement sur les refus non contestés. Elle porte sur les demandes jamais formulées. **À chaque étage du dispositif, le segment politiquement décisif est celui qui ne laisse pas de trace.**

## L'économie politique du non-recours, sous contraintes

L'équation simplifiée du rendement,  $\text{Profit} \approx f(\text{denials} \times (1 - \text{appeal\_rate} \times \text{reversal\_rate}))$ , supposait implicitement que maximiser les refus était toujours optimal pour le payeur. Ce n'est pas le cas. Plusieurs contraintes pèsent sur l'équilibre :

- **Medical Loss Ratio** : la règle ACA impose qu'une part minimale des primes soit reversée en soins (80 % en marché individuel, 85 % en groupe). Refuser massivement réduit les soins payés et peut faire passer le ratio sous le seuil légal, déclenchant des rebates obligatoires.
- **Coût administratif** : revue, compliance, défense juridique. Chaque refus additionnel a un coût d'instruction.
- **Risque juridique** : class actions à la Lokken, exposition réglementaire, sanctions CMS.
- **Risque réputationnel et CMS Star Ratings** : ce dernier conditionne les bonus financiers en MA et incorpore des indicateurs de service.

L'équation pertinente est donc :

$$\text{Profit} \approx f(\text{denials} \times (1 - \text{appeal\_rate} \times \text{reversal\_rate}) - \text{admin\_cost} - \text{legal\_risk} - \text{reputation\_cost})$$

sous contraintes :  $\text{MLR} \geq \text{seuil\_légal}$  ;  $\text{litigation\_exposure} \leq \text{tolérance}$  ;  $\text{Star Rating} \geq \text{seuil}$ .

Ce qui est optimisé n'est pas le volume brut de refus. C'est l'équilibre marginal sous contraintes. Or à cet équilibre, le non-recours reste un facteur stabilisateur central. **Un refus non contesté est, toutes choses égales par ailleurs, le refus économiquement le plus favorable** : Il maximise le rendement net pour l'opération individuelle, ne génère ni jurisprudence ni précédent, et n'expose pas le payeur au risque réputationnel. Sa contribution agrégée au MLR est une autre affaire. Un refus réduit le numérateur des dépenses médicales et peut, en cumul, faire passer le ratio sous le seuil légal, déclenchant alors les rebates ; mais cet effet dépend du portefeuille complet et non du refus individuel. La contrainte MLR pèse sur la stratégie globale du payeur, pas sur la valeur marginale de chaque refus non contesté.

C'est cet équilibre qui se reproduit, sans qu'aucun acteur n'ait à le concevoir comme tel.

## Le pattern : Lokken, PxDx, EviCore

Trois affaires en cours suffisent à illustrer le motif. Leur statut probatoire diffère et doit être tenu visible.

1. Estate of Lokken v. UnitedHealth Group (D. Minn., 0:23-cv-03514) : instance judiciaire active. La plainte vise l'usage par UnitedHealthcare de **nH Predict**, outil développé par naviHealth (filiale Optum acquise pour 2,5 milliards de dollars en 2020), pour gérer les autorisations de soins post-aigus chez les bénéficiaires Medicare Advantage. Le complaint allègue un taux d'erreur de 90 % et un taux d'appel de 0,2 %. Une investigation du Senate Permanent Subcommittee on Investigations (octobre 2024), constat publiquement établi, distinct de l'allégation des plaignants, a documenté que le taux de refus de UnitedHealth en post-acute care est passé de 8,7 % à 22,7 % entre 2019 et 2022, après le déploiement de nH Predict. Le 9 mars 2026, le tribunal du district du Minnesota a ordonné une discovery extensive ; la réponse à la motion to compel est attendue le 29 avril 2026.
2. Kisting-Leung v. Cigna Corporation (E.D. Cal., 2:23-cv-01477) : instance antérieure mais structurellement parallèle. L'investigation ProPublica de mars 2023, basée sur des documents internes et des entretiens, a établi que le système **PxDx** (procedure-to-diagnosis) avait rejeté plus de 300 000 demandes en deux mois de 2022, à un rythme moyen rapporté de **1,2 seconde par décision**. Cigna conteste le qualificatif d'« intelligence artificielle » et soutient que PxDx vérifie la conformité de codes ; la qualification technique change sans changer l'effet structurel.

3. EviCore by Evernorth, filiale Cigna couvrant la prior authorization pour plus de 100 millions d'Américains, a fait l'objet d'une investigation conjointe ProPublica / Capitol Forum (octobre 2024). Les éléments sont de statut différent. Le matériel commercial public d'EviCore promet aux assureurs un retour sur investissement de **3 dollars d'économie sur les soins payés pour 1 dollar dépensé** : point établi sur source primaire. Certains contrats indexant la rémunération sur la réduction des dépenses ont été documentés via documents internes consultés par les enquêteurs. L'existence d'un seuil paramétrable interne, surnommé **the dial**, et le taux de refus d'environ 20 % en Arkansas relèvent d'éléments rapportés par enquête sur sources testimoniales et données publiées. Ils convergent avec le reste, mais ne le prouvent pas judiciairement.

Le motif est commun : **un dispositif algorithmique optimisé pour un volume de refus excédant la capacité humaine d'examen, adossé à un mécanisme d'appel dont la friction garantit qu'il sera marginalement utilisé.**

## Pourquoi la régulation actuelle ne touche pas l'équilibre, et risque d'aggraver la friction

Le mouvement réglementaire est cohérent, mais sa portée est marginale.

La référence est la Californie. **\*\*SB 1120\*\***, en vigueur au 1er janvier 2025, dispose qu'un refus, délai ou modification fondés sur la nécessité médicale ne peut être décidé sur la seule base d'un système d'IA et doit être revu par un professionnel qualifié. Plusieurs autres États (Arizona, Maryland, Nebraska, Texas) ont adopté ou discuté des textes imposant des principes analogues, avec périmètres et dates d'entrée en vigueur variables ; l'Indiana (HB 1271, 4 mars 2026) traite plus spécifiquement du downcoding. Au plan fédéral, CMS-0057-F encadre les délais et impose la motivation spécifique des refus, comme rappelé plus haut.

Le levier réglementaire qui compte n'est pas la qualité de la décision initiale. **Une revue humaine en aval d'un refus algorithmique ne change pas l'équilibre tant que la revue n'est mobilisée que par 11,5 % des refusés, voire 0,2 % dans les cohortes les plus vulnérables.**

Pire : certaines régulations qui ciblent la qualité de la décision peuvent mécaniquement aggraver la friction de contestation. L'exigence de motivation spécifique du refus a deux effets opposés. D'une part, elle augmente le coût d'émission du refus pour le payeur, ce qui exerce une pression baissière sur le volume. D'autre part, elle augmente la complexité technique de la justification, et donc le coût symétrique de réfutation pour qui n'a pas les ressources documentaires. Si l'effet net penche du second côté, la régulation aggrave la friction qu'elle entend corriger. Cette ambivalence n'est pas une certitude empirique ; elle est une structure d'incitation qu'aucun reporting actuel ne permet de mesurer.

L'objection libérale, « le marché corrige », suppose un marché. Les bénéficiaires Medicare Advantage opèrent dans un dispositif d'enrôlement contraint par fenêtres calendaires, switching costs élevés, et asymétrie d'information radicale : l'algorithme du payeur n'est pas inspectable par l'assuré. Le marché ne peut corriger ce que l'utilisateur ne peut pas observer.

L'objection inverse, « les bills d'État règlent le problème », confond une intervention sur la \*qualité de la décision\* avec une intervention sur la \*mécanique du recours\*. Tant que la reconstruction probatoire reste prohibitive, le rendement du système est insensible à l'amélioration du modèle.

## Le paradoxe régulateur-opérateur

Le 1er janvier 2026, le Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI) a lancé le **WISeR Model** (Wasteful and Inappropriate Service Reduction). Le pilote teste l'usage de technologies, dont l'IA, dans la revue d'utilisation pour des services ciblés en Medicare « traditionnel », sur six États (Arizona, New Jersey, Ohio, Oklahoma, Texas, Washington) et six ans. Le périmètre couvre dix-sept catégories de services ; l'opération s'effectue via des entités tierces avec revue clinique humaine prévue pour les déterminations défavorables. C'est un pilote encadré, à périmètre limité.

Mais sa direction de marche compte. **Le régulateur fédéral devient opérateur d'un dispositif structurellement équivalent à celui qu'il fait encadrer ailleurs**. Cette double posture, régulateur des assureurs Medicare Advantage et opérateur d'une revue d'utilisation algorithmique sur Medicare traditionnel, déplace le problème politique. CMS ne peut plus se présenter comme observateur extérieur du dispositif qu'il évalue. Il est une partie du système qu'il régule. Cette configuration ne juge pas par avance la qualité du pilote ; elle pèse sur la crédibilité institutionnelle de toute restriction subséquente.

Symétriquement, l'Executive Order 14365 (décembre 2025) charge les agences fédérales de contester les règles d'État jugées « trop contraignantes » sur l'IA et de promouvoir un standard national « minimal ». **Le risque de préemption pèse sur la mosaïque législative étatique avant même qu'elle n'ait pu produire ses effets**.

## Le concept

Il faut nommer ce mode régulateur. Pour le cas IA en assurance santé, la distinction utile est doctrinale.

La déshérence médicale désigne la situation où le patient est laissé sans suivi par défaut de chaîne de soins. **Le 82 %, le 11,5 %, le 0,2 % décrivent une déshérence administrative** : la situation où le bénéficiaire est laissé sans recours par défaut de chaîne de contestation. Ce n'est pas le même phénomène que la déshérence médicale, mais c'est la même structure : le système fonctionne parce que l'usager ne peut pas en négocier les sorties. Cette déshérence administrative peut s'ajouter de fait à [la déshérence médicale](#) que nous avons déjà décrit.

Deux concepts annexes éclairent la position. **Le biais de périmètre** : la régulation évalue ce qu'elle nomme, pas ce qui produit l'effet. La qualité de l'IA est régulée ; la qualité de la friction ne l'est pas. **La dette de gouvernabilité** : un système peut être conforme localement et ingouvernable globalement. Chaque refus est juridiquement défendable individuellement ; l'agrégat constitue une distorsion politique stable.

## Que faudrait-il réguler ?

Le coût de reconstruction probatoire, composante informationnelle de la friction.

Concrètement : la portabilité effective du dossier clinique du bénéficiaire, l'accès en temps réel aux données nécessaires à la contestation, la pré-instruction automatique d'un appel par le système qui a produit le refus, la transparence sur les seuils paramétriques du modèle de denial, la publication non agrégée des taux de refus et d'information par catégorie de service et par cohorte clinique. La FHIR Prior Authorization API prévue par CMS pour 2027 va dans la bonne direction, à condition que son périmètre couvre la **contestation** et pas seulement la **soumission**.

Aucune de ces mesures n'agit sur la qualité du modèle. Toutes agissent sur la mécanique informationnelle de la reconstruction de preuve.

Une précision est ici nécessaire pour ne pas surcharger l'argument. Des architectures 4-sided, telle que conceptualisée par notre groupe d'étudiants du programme « [Chief Product Officer](#) » du MIT autour du concept « **CHIP : Comprehensive Healthcare Intelligence Platform** », articulant patients, providers, payers, developers, démontrent qu'une orchestration alternative des données est techniquement faisable. Patient, provider, payer, developer sont quatre détenteurs fragmentés de la preuve que le bénéficiaire doit aujourd'hui reconstituer seul. « CHIP » est une preuve de faisabilité, non une preuve causale. L'absence de telle architecture n'est pas la cause unique du système actuel ; la friction informationnelle est probablement une condition nécessaire au maintien de l'équilibre, mais pas une condition suffisante. Une orchestration parfaite des données ne supprimerait pas, à elle seule, les frictions cognitive et procédurale. Elle déplacerait le seuil de mobilisation. Ce déplacement, à supposer qu'il se produise, suffit-il à inverser le régime du système ? La question est ouverte. Mais elle ne se pose qu'à condition que la friction informationnelle soit attaquée.

## Limites de la thèse

Quatre limites doivent être maintenues visibles.

1. Premièrement, le 80,7 % d'infirmité conditionnel à l'appel est biaisé par la sélection : les cas appelés sont ceux où la contestation paraissait viable. On ne peut pas, par simple extrapolation, conclure que la même proportion des refus non appelés serait également réversible. L'argument structurel ne dépend pas de cette extrapolation. Il repose sur le fait inverse : la friction empêche de mesurer le vrai taux de réversibilité, et ***l'inconnaissable est lui-même la variable politique***.
2. Deuxièmement, une partie des refus initiaux est cliniquement justifiée : la prior authorization a aussi une fonction d'utilité, documentée par MACPAC. La thèse n'implique pas l'abolition du dispositif ; elle implique de mesurer ce qu'il fait \*au-delà\* de sa fonction explicite.
3. Troisièmement, la friction informationnelle est nécessaire, pas suffisante. Une décomposition empirique des trois composantes (administrative, informationnelle, cognitive) n'a pas été conduite à ce jour. La proposition d'attaquer le coût de reconstruction probatoire est un levier dont l'effet net sur le taux d'appel ne peut être prédit qu'avec une plage d'incertitude assumée.
4. Quatrièmement, la mécanique décrite ici porte sur le système américain. Les régimes européens (Sécurité sociale française, NHS britannique, [systèmes Bismarckiens](#)) opèrent dans des structures de coût et d'incitation différentes. La translatabilité du concept de déshérence administrative dans ces régimes mérite un travail séparé.

## Clôture

La régulation IA en assurance santé est techniquement faisable, juridiquement encadrée, politiquement débattue. Elle est aussi structurellement adossée à un dispositif de friction qui n'est pas reconnu comme régulateur, et qui se reproduit sans qu'aucun acteur n'ait à le concevoir comme tel.

Tant que ce dispositif n'est pas nommé, les bills d'État continueront de se concentrer sur la qualité de la décision algorithmique sans toucher l'équilibre du système. Les éditeurs d'autorisation préalable continueront d'optimiser leur taux d'approbation administratif, indifférents au taux d'infirmité en appel. Les bénéficiaires continueront, à 88,5 % au minimum, de tenir le rôle non rémunéré de point de fonctionnement. Et le segment politiquement décisif, refus non contestés et demandes jamais formulées, continuera d'échapper à toute mesure parce que sa non-mesurabilité est précisément ce qui stabilise l'ensemble.

Le 82 % n'est pas une statistique de défaillance. C'est l'expression chiffrée d'une zone hors métrique, et d'un système auto-stabilisé par l'inobservabilité qu'il entretient.

Reste à savoir qui paie pour qu'il se reproduise. La réponse arithmétique est connue.

**#IntelligenceArtificielle #GouvernanceIA #SantéNumérique #Régulation #AssuranceSanté**

### sources principales :

- Mello M.M., Trotsyuk A.A., Djiberou Mahamadou A.J., Char D., \*The AI Arms Race in Health Insurance Utilization Review\*, Health Affairs 2026;45(1):6-13. DOI: 10.1377/hlthaff.2025.00897.
- Fuglesten Biniek J., Sroczynski N., Freed M., Neuman T., \*Medicare Advantage Insurers Made Nearly 53 Million Prior Authorization Determinations in 2024\*, KFF, janvier 2026.
- \*Estate of Gene B. Lokken et al. v. UnitedHealth Group, Inc.\*, 0:23-cv-03514 (D. Minn.) ; ordre de discovery du 9 mars 2026, \*2026 WL 658883\*.
- \*Kisting-Leung v. Cigna Corporation\*, 2:23-cv-01477 (E.D. Cal.).
- ProPublica & Capitol Forum, \*Inside the Company Helping America's Biggest Health Insurers Deny Coverage\*, octobre 2024 (EviCore).
- U.S. Senate Permanent Subcommittee on Investigations, \*Refusal of Recovery\*, octobre 2024.
- CMS Interoperability and Prior Authorization Final Rule, CMS-0057-F.
- CMMI, WISeR Model Operational Guide, 1er janvier 2026.
- California SB 1120 (en vigueur 1er janvier 2025).
- Sunstein C.R., \*Sludge: What Stops Us From Getting Things Done and What to Do About It\*, MIT Press, 2021.