



HAL
open science

Un marché très exclusif. Les acteurs de la modélisation des réformes de protection maladie aux États-Unis (1993-2010)

Ulrike Lepont

► **To cite this version:**

Ulrike Lepont. Un marché très exclusif. Les acteurs de la modélisation des réformes de protection maladie aux États-Unis (1993-2010). *Terrains et Travaux : Revue de Sciences Sociales*, 2021, N° 38 (1), pp.23-45. <10.3917/tt.038.0023>. <halshs-03808466>

HAL Id: halshs-03808466

<https://shs.hal.science/halshs-03808466v1>

Submitted on 10 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Un marché très exclusif Les acteurs de la modélisation des réformes de protection maladie aux États-Unis (1993-2010)

Résumé

Cet article explore la question du pouvoir que peut conférer la maîtrise des modèles budgétaires à des experts qui cherchent à s'impliquer dans le processus d'élaboration de politiques publiques. Il montre que, dans le cas des réformes de la protection maladie menées aux États-Unis entre 1993 et 2010, cette compétence fut une ressource importante du fait de la centralité qu'ont acquise les enjeux budgétaires dans le processus législatif, mais aussi de la rareté des acteurs à qui est confiée la charge de la modélisation. Cette rareté est expliquée par l'hyper technicité de ces outils qui rend les compétences peu répandues, mais aussi par leur opacité qui, conformément à ce que Lucien Karpik décrit comme un marché « des singularités », conduit les commanditaires à s'en remettre à la réputation des prestataires. Les producteurs de modèles peuvent alors se servir de leur autorité pour promouvoir des programmes de réforme qui correspondent à leurs préférences politiques, outrepassant ainsi la mission purement technique à laquelle on associe généralement les modèles. Ces résultats sont tirés d'une enquête principalement qualitative, combinant entretiens et sources écrites (CV des experts, littérature grise, articles de presse).

Mots clés : prévision budgétaire, modèles, politiques de santé, États-Unis, expertise

Abstract

A Very Exclusive Market; The Professionals Involved in Modelling Health Care Reforms in the US (1993-2010)

This paper examines the power that mastering budgetary models can confer on experts who seek to become involved in the public policy process. Referring to US health care reforms from 1993 and 2010, it shows that this skill was an important resource because of the centrality of fiscal issues in the legislative process, but also because of the scarcity of actors entrusted with the modeling responsibility. This scarcity is explained by the hyper-technicity of these tools but also by their opacity, which, in accordance with what Lucien Karpik describes as a “market of singularities”, leads policymakers to rely on the reputation of modelers. The latter can then use their authority to promote reform programs that correspond to their political preferences. They thus overstep the purely technical mission with which models are usually associated. These results are drawn from a qualitative survey, combining interviews and written sources (experts' CVs, grey literature, press articles).

Keywords: Budget Forecast, Modelisation, Health Policies, USA, Expertise

Aux États-Unis, comme dans la plupart des démocraties occidentales, une grande part des débats sur les projets de réforme déposés au Congrès ou discutés dans l'espace public a désormais pour objet leurs conséquences budgétaires. Cette tendance a pour effet la mise en avant des analyses visant à anticiper les coûts associés à ces projets. Dans cette optique, et à mesure que la performance des outils informatiques s'est accrue, des instruments de modélisation budgétaire de plus en plus sophistiqués ont été développés. Si des travaux classiques en science politique ont mis en lumière l'importance des questions budgétaires dans la fabrique des politiques publiques étasuniennes (Wildavsky, 1984 ; Caiden et Wildavsky, 2004), peu en revanche se sont penchés sur les modèles de prévision budgétaire, qui sont généralement restés un point aveugle de l'analyse du processus législatif. Pourtant, des rapports de pouvoir déterminants se logent souvent au cœur des procédures les plus techniques, leur opacité conférant potentiellement une autorité particulière à ceux qui en ont la maîtrise (Desrosières, 2010 ; Akrich, Callon et Latour, 2006).

À partir du cas des réformes de la protection maladie entre 1993 et 2010 aux États-Unis, cet article se propose de prendre au sérieux cette question du pouvoir que peut conférer la maîtrise des modèles budgétaires à des acteurs qui cherchent à s'impliquer dans l'élaboration de politiques publiques. Les modèles sont de fait considérés ici en tant que ressource pour les acteurs dans le processus complexe d'élaboration des politiques publiques (Angeletti, 2011 ; Aykut, Demortain et Benbouzid, 2019). Ce faisant, le premier enjeu de ce texte est d'analyser comment la maîtrise de cette ressource – soit la compétence à développer, comprendre et utiliser les modèles – est répartie entre les acteurs et qui sont ceux qui la détiennent. On s'interrogera alors sur les effets de cette compétence modélisatrice quant à la capacité de ces acteurs à intervenir dans les processus de réforme et à faire valoir des préférences qui, éventuellement, peuvent aller au-delà du simple appui technique.

Pour prendre en charge ces questions, les projets de réforme de la protection maladie des administrations Clinton (1993) et Obama (2010) constituent un cas très intéressant à analyser. Du fait de l'ampleur des sommes en jeu – plusieurs centaines de milliards de dollars dans les deux cas –, le débat sur les estimations budgétaires a en effet été particulièrement intense (Joyce, 2011 ; White, 2015). Cela a été d'autant plus le cas qu'en 1990, une loi fut adoptée, obligeant toute nouvelle réforme impliquant des dépenses obligatoires à être « à l'équilibre » budgétaire. De fait, jamais dans la longue histoire des tentatives de réforme du système de protection maladie aux États-Unis, les questions de prévision budgétaire n'avaient été aussi centrales qu'en 1993. Depuis, elles n'ont cessé d'être au cœur de toutes les attentions (Lambrew, 2004), occupant à nouveau une place considérable au moment de la réforme Obama et faisant des outils de modélisation un instrument essentiel dans le processus législatif (Glied et Tilipman, 2010).

Cet article est issu d'une recherche sur les experts consultés par les décideurs politiques étasuniens dans le domaine des politiques de protection maladie entre 1970 et 2010. L'enquête a consisté, tout d'abord, en l'identification de ces acteurs par la constitution d'une base de données de grande ampleur (environ 15 000 individus), croisant positions d'experts et publications dans des revues d'expertise (*Health Affairs* ; rubrique « Perspective » de *The New England Journal of Medicine*). L'analyse des 73 acteurs définis comme constituant « les experts les plus consultés » (à partir de caractéristiques sociales, trajectoires professionnelles et intellectuelles, interactions avec les commanditaires) a été menée grâce à la réalisation de 78 entretiens (dont deux-tiers avec « les experts les plus consultés »), à la consultation des CV et à la lecture de l'abondante littérature grise produite par les experts (articles, rapports, mémos)¹. C'est au cours de cette enquête que l'enjeu de la modélisation est apparu. Lors des entretiens en particulier, nos interlocuteurs ont régulièrement évoqué l'importance du recours

¹ Pour plus de détails sur la méthode, voir Lepont (2016).

par les législateurs et leurs équipes, à partir de la réforme Clinton, aux experts maîtrisant les modèles de prévisions budgétaires. Comme nous le verrons, cette compétence est en réalité peu commune parmi les 73 experts les plus consultés. Pour des individus qui en disposaient, elle a en revanche été un atout considérable pour se distinguer et devenir un expert parmi les plus consultés. Ces entretiens ont été complétés par l'analyse de documents rédigés par les modélisateurs sur les modèles qu'ils développent et/ou utilisent, ainsi que par des articles de presse qui témoignent de la notoriété acquise par certains experts au titre de leurs compétences modélisatrices.

Nous montrerons tout d'abord que, malgré l'importance croissante de la prévision budgétaire et des modèles dans le processus législatif étasunien, la maîtrise des modèles budgétaires est restée le fait d'un très petit nombre d'acteurs. Ces derniers bénéficient de l'hyper technicité de ces outils qui garantit une certaine rareté des compétences disponibles, mais également leur opacité. De fait, comme cela a été analysé par Lucien Karpik (2007) à propos des marchés de biens « singuliers », les effets de réputation sont particulièrement structurants et expliquent en partie le faible nombre d'acteurs. Nous insisterons alors sur le cas de deux acteurs qui ont occupé durant les réformes Clinton et Obama une position quasi hégémonique dans l'activité de modélisation des projets de réforme de la protection maladie. Dans les deux cas, il s'agit d'acteurs privés à qui on a reconnu l'excellence dans la réalisation de modèles originaux et leur maniement. Nous verrons ensuite combien l'activité de modélisation a été pour eux un moyen d'accroître considérablement leur visibilité et leur pouvoir dans l'espace de l'expertise sur la protection maladie en devenant des interlocuteurs privilégiés des décideurs politiques dans l'activité de conseil. Nous montrerons enfin comment, en plus d'être un tremplin pour se hisser aux positions les plus stratégiques du conseil auprès des décideurs, la maîtrise d'un outil de modélisation prédictive est un moyen pour ceux qui la détiennent de mettre en avant certaines options de réforme plutôt que d'autres, reflétant leurs préférences politiques et leurs valeurs.

La modélisation budgétaire, au cœur des politiques publiques étasuniennes

L'importance croissante des prévisions budgétaires dans le processus législatif étasunien

Aux États-Unis, l'estimation budgétaire des projets de réforme soumis au Congrès est une nécessité imposée par la loi depuis les années 1970 (Wildavsky, 1984). Plusieurs services administratifs ont ainsi en charge d'anticiper les coûts et/ou les recettes nouvelles qu'engendrerait telle ou telle réforme, que ce soit à la Maison-Blanche à travers l'*Office of Management and Budget* (OMB), dans les ministères qui mobilisent pour cela des bureaux d'actuaire, ou au Congrès qui, depuis 1974, dispose d'une administration propre entièrement dédiée à l'estimation budgétaire des projets de lois déposés dans les deux chambres : le *Congressional Budget Office* (CBO ; Heniff et Murray, 2011).

Depuis, l'importance de l'estimation budgétaire n'a pas cessé de croître du fait de nouvelles lois visant à contrôler les conséquences budgétaires des réformes déposées au Congrès (Lambrew, 2004 ; Glied et Tilipman, 2010). En 1990 en particulier, l'adoption du *Budget Enforcement Act* (BEA) a imposé des plafonds annuels pour les dépenses dites « discrétionnaires » (celles qui sont revotées chaque année dans le budget), ainsi qu'une obligation de neutralité budgétaire pour les modifications des programmes dits « obligatoires » (ceux qui ne seront pas revotés et qui s'imposeront dans le budget). Les projets de lois ne respectant pas ces nouvelles règles budgétaires ne peuvent être soumis au vote. Les estimations budgétaires sont ainsi devenues à la fois incontournables et stratégiques dans le processus législatif. Cela a donné un poids politique considérable au CBO, à qui a été donnée la tâche d'établir si les projets de lois déposés remplissent les conditions requises. Les réformes de protection maladie, renvoyant essentiellement à des programmes dits obligatoires, sont concernées par la règle de la neutralité budgétaire : l'estimation des dépenses engendrées par ces réformes ne doit donc pas excéder celle des recettes prévues dans le cadre de la loi (qui

peuvent être des recettes « négatives », en supprimant d'autres programmes gouvernementaux par exemple ; Beaussier, 2016).

Ayant fait de la réforme du système de protection maladie sa priorité, l'administration Clinton, élue en novembre 1992, fut la première à se confronter à cette nouvelle contrainte. Or le projet de loi élaboré par la Maison-Blanche et transmis au Congrès en 1992 fut rejeté par le CBO qui estima que les recettes envisagées n'étaient pas suffisamment sûres². Cela eut un impact important sur la réforme : les démocrates introduisirent de nouvelles dispositions plus contraignantes pour limiter les dépenses qui déclenchèrent une très forte résistance des groupes d'intérêt et furent pour cette raison considérées comme l'une des causes principales de l'échec de la réforme (Hacker, 1997 ; Skocpol, 1996). Dix-sept ans plus tard, l'administration Obama dut se soumettre aux mêmes règles. Cette fois, par contre, les prévisions budgétaires du projet de loi déposé au Congrès furent validées par le CBO.

Les outils de la modélisation au service de la prévision budgétaire

Si la soumission des projets de loi à la règle de la neutralité budgétaire renvoie à un principe simple, sa mise en œuvre est particulièrement délicate puisqu'il s'agit d'anticiper des comportements ou des paramètres économiques futurs qui, par définition, sont incertains (Andersson et Prat, 2015 ; Beckert et Bronk, 2018). Dans une réforme aussi complexe que celle du système de protection maladie étasunien (plusieurs milliers de pages), des dizaines et des dizaines de paramètres jouent. Quand une nouvelle aide fédérale ou un nouvel impôt sont envisagés, par exemple, leurs conséquences budgétaires dépendront à la fois de l'évolution générale de l'économie, du niveau de revenu de la population, mais aussi de son état de santé. Il faut donc se baser à la fois sur des prévisions économiques (évolution du taux de croissance, du chômage, des revenus, etc.), démographiques et de santé publique. Mais il ne s'agit pas seulement d'additionner ou de soustraire les sommes en jeu. Il faut également anticiper les possibles réactions en chaînes de telle ou telle mesure sur les comportements de l'ensemble des agents économiques, même quand ceux-ci ne sont concernés qu'indirectement par la mesure. L'extension d'une assurance publique ou des subventions à la souscription aux assurances individuelles, par exemple, est susceptible d'entraîner le renoncement de certaines entreprises à assurer leurs salariés (*The Lewin Group*, 2009). Ainsi, celle qui était la directrice de l'OMB en 1993 expose comment la question du niveau des aides fédérales (*subsidies*) à la souscription d'une assurance par les particuliers, prévues dans la réforme de l'administration Clinton, posait à son service des problèmes de prévision budgétaire particulièrement difficiles à résoudre :

Une série de questions qui nous préoccupaient énormément concernait les règles pour les entreprises et pour les personnes qui avaient une assurance par leur emploi. Si les aides publiques étaient trop élevées [sur le marché des assurances individuelles], cela créerait une incitation pour les entreprises à abandonner leur assurance. Cela a aussi été une question pour la réforme Obama. Une des questions que nous avons analysées était : combien vont garder leur assurance ? (Entretien réalisé en mai 2010 avec une salariée du think tank Brookings Institution, directrice de l'OMB en 1993)³

L'évaluation budgétaire repose, de fait, sur des hypothèses vis-à-vis des comportements des agents économiques qui ne sont pas stabilisées et sont l'objet de débats et de controverses (Glied et Tilipman, 2010).

² Dans le projet de réforme, l'équilibre budgétaire fut en grande partie envisagé par la baisse des coûts des assurances et des services médicaux qui aurait résulté des mécanismes de concurrence introduits par la réforme.

³ Contexte : le système de protection maladie étasunien pour les moins de 65 ans non éligibles à *Medicaid* (assurance publique pour les pauvres) est dominé par les assurances payées par les entreprises pour leurs salariés. Les réformes Clinton et Obama prévoyaient des aides fédérales (*subsidies*) pour les individus non couverts par leur entreprise.

Pour prendre en compte toutes ces incertitudes et parer aux critiques, les services qui sont en charge de réaliser les estimations budgétaires doivent donc s'engager dans un processus de prévision de plus en plus lourd (Joyce, 2011). Ils s'appuient pour ce faire sur des modèles de « microsimulation » qui raisonnent à l'échelle des comportements individuels (Glied et Tilipman, 2010 ; Ringel *et al.*, 2013). Ces modèles sont basés en premier lieu sur une estimation de la situation présente en termes de couverture de la population, de niveau des prix des assurances et de dépense de santé au niveau global et individuel. Aucune enquête unique ne renseignant parfaitement chacun de ces éléments, ils s'appuient sur une diversité de sources publiques, comme le *Current Population Survey* et le *Survey of Income and Program Participation* menés par le Bureau du recensement des États-Unis, ou encore le *Medical Expenditure Panel Survey* fourni par ministère de la Santé, ainsi que sur des sources privées, comme l'*Employer Health Benefits Survey* établi par la *Kaiser Family Foundation* ou l'*Employer Health Insurance Survey* fourni par la *Robert Wood Johnson Foundation* (Glied et Tilipman, 2010). Pour estimer l'impact des réformes en termes de couverture et de coûts, les modèles incluent des paramètres sur la décision des individus de souscrire à une assurance, sur celle des employeurs d'assurer leurs employés, ainsi que sur le comportement des professionnels de santé. Ces paramètres sont, d'une part, établis en fonction des expériences historiques antérieures et, d'autre part, au regard de la littérature d'économie de la santé qui, d'orientation microéconomique (Benamouzig, 2005 ; Lepont, 2021), formule des hypothèses sur les comportements des individus, des entreprises et des professionnels de santé dans le domaine de la protection maladie. Les évaluations de la performance prédictive des modèles réalisées après l'adoption des réformes montrent des écarts très importants entre les estimations et la réalité de ce qui s'est passé, souvent supérieurs à 30 % (Glied et Tilipman, 2010). Néanmoins, ils continuent à être considérés comme un indicateur indispensable (*ibid.*).

Les outils de modélisation sont utilisés pour les réformes de santé avant la réforme Clinton, mais l'attention qui leur est portée s'accroît nettement à partir de cette date (Lambrew, 2004). D'une part, cela tient à l'adoption du BEA qui transforme profondément les enjeux autour des estimations budgétaires. Ces dernières devenant un moyen de mettre en échec une réforme, elles évoluent aussi en un lieu d'affrontement politique majeur (Caiden et Wildavsky, 2004). Partisans et opposants à la réforme s'affrontent désormais sur la question de la robustesse des prévisions (et donc des modèles). D'autre part, comme le rapporte le directeur du CBO en 1993, la complexité et l'ampleur inédite de cette réforme obligent à faire preuve d'innovation dans les méthodes employées :

La santé était la priorité présidentielle, donc j'ai dû beaucoup travailler sur ce sujet. C'était très intéressant car c'était un vrai défi de construire un modèle pour évaluer la réforme Clinton. C'était le projet de loi le plus volumineux qui n'avait jamais existé. (Entretien réalisé en décembre 2011 avec le président de l'*Urban Institut*, directeur du CBO de 1989 à 1995)

Par la suite, la modélisation devient un enjeu toujours plus important, Jeanne Lambrew remarquant par exemple lors de l'élection présidentielle de 2004 que, pour la première fois, « les estimations des projets de réforme en matière de coût et d'amélioration de la couverture santé ont joué un rôle crucial dès la campagne électorale, avant que tout projet ait été introduit au Congrès » (Lambrew, 2004). Cela a également été le cas lors des élections présidentielles suivantes.

La modélisation, une voie d'accès privilégiée au monde politique pour certains experts

L'insuffisance des ressources en modélisation au sein de l'administration

Bien que l'administration ait développé des services dédiés à l'évaluation budgétaire des projets de réforme, ceux-ci sont insuffisants pour satisfaire la demande des législateurs (Lambrew,

2004 ; Glied et Tilipman, 2010). Seul le CBO a développé des capacités d'expertise qui lui permettent de réaliser ses analyses de modélisation de manière autonome (Ringel *et al.*, 2013) – ce grâce à quoi il a construit sa réputation de sérieux et sa forte légitimité, indispensables au rôle de censeur qui est le sien depuis le BEA (Schickler, 2007). Mais les législateurs étasuniens ne peuvent pas compter sur cette administration durant la période de préparation des réformes. En effet, du côté du pouvoir exécutif, il n'est en principe pas possible de consulter le CBO en amont du dépôt des projets de loi, en vertu du respect de l'indépendance des pouvoirs entre le législatif et l'exécutif (White, 2009). Du côté du pouvoir législatif, les membres du Congrès ne peuvent pas davantage requérir les services du CBO. Soumis à un devoir de stricte neutralité partisane qui garantit la légitimité de ses avis, celui-ci définit lui-même son agenda. Par ailleurs, ses effectifs ne lui permettraient pas de répondre aux sollicitations de tous les membres du Congrès, ce qui poserait un problème d'équité (Joyce, 2011). Ne pouvant compter sur le CBO, les représentants et sénateurs ne peuvent pas plus se reposer sur l'expertise de l'exécutif qui n'a pas toujours intérêt à les aider, comme nous l'explique le président d'un *think tank* qui, auparavant, a longtemps travaillé au CBO :

Une grande partie de l'expertise ne leur [les élus du Congrès et leurs équipes] est pas accessible. Par exemple, quand l'administration fait un projet sur une question particulière, les équipes des élus parlementaires ne peuvent pas se rapprocher des services de l'exécutif pour obtenir des conseils afin de développer des projets alternatifs. Car l'administration ne veut pas encourager le développement d'autres projets ! Quant au CBO, il est accaparé par les estimations des coûts des projets déposés et il n'est pas en mesure de fournir une assistance technique à l'ensemble des élus individuellement. C'est pourquoi nous sommes une ressource qui autrement n'est pas disponible à la plupart des équipes parlementaires. (Entretien réalisé en mai 2010 avec le président du Center for Studying Health System Change, analyste au CBO de 1978 à 1984, puis chair d'une commission d'expertise majeure rattachée au Congrès)

De fait, d'après notre enquête, que ce soit les équipes de l'exécutif ou du Congrès, toutes ont, pendant les réformes Clinton puis Obama, fait appel à des experts indépendants pour réaliser les estimations budgétaires de leur projet. Comme le note Sherry Glied, économiste de la santé et membre des administrations Clinton et Obama, ceci a conduit depuis les années 1990 au développement d'une « petite industrie de modélisation en dehors de l'administration » (Glied et Tilipman, 2010 : 441) sur les questions de santé, composée de *think tanks*, de cabinets de conseil et d'experts indépendants.

La centralité acquise par quelques modélisateurs indépendants auprès des décideurs politiques

Compte tenu de l'importance des estimations budgétaires, ces modélisateurs indépendants, qu'ils soient des *think tanks*, des cabinets de conseil ou des experts indépendants, deviennent des interlocuteurs essentiels pour les équipes qui travaillent sur les projets de réforme au gouvernement, dans l'administration et au Congrès. Deux exemples sont ici développés.

Le premier est celui de l'*Urban Institute*, un *think tank* spécialisé dans les politiques domestiques et souvent classé dans la catégorie des « *think tanks* sous contrat » (Rich, 2004), car la majeure partie de son activité consiste à réaliser des études commanditées par l'administration. Comme la *RAND Corporation* qui constitue son modèle de référence au moment de sa création à la fin des années 1960, ce *think tank* a développé des capacités en modélisation qui l'amènent à réaliser une grande partie des estimations budgétaires pour l'administration Clinton au moment de la réforme de 1993. Ces prestations amènent ses experts à être en contact quotidien avec les équipes chargées au plus haut niveau de la réforme au sein du gouvernement. Il se noue entre eux des relations de travail qui se soldent par des allers et retours des experts entre le *think tank* et les institutions gouvernementales. Par exemple, une

jeune docteure en économie qui avait été nouvellement engagée par l'*Urban Institute*, a rejoint l'équipe rapprochée de Clinton à la Maison-Blanche le temps de l'effort législatif :

Après ma thèse, j'ai rejoint l'Urban Institute pour travailler sur un projet de modélisation. Il était beaucoup utilisé par les experts de l'administration Clinton et, de ce fait, j'interagissais beaucoup avec eux. Au bout de quelque temps, ils m'ont proposé de les rejoindre. (Entretien réalisé en novembre 2011 avec une senior fellow de l'Urban Institut)

À l'inverse, d'autres, comme cet économiste membre de l'équipe rapprochée de Clinton, choisissent de rejoindre l'*Urban Institute* après 1994, précisément à cause des interactions qu'ils ont eu avec eux pendant l'élaboration de la réforme :

Après l'échec de l'administration Clinton, j'ai décidé d'aller à l'Urban Institute, qui est un think tank de centre gauche. Ses experts avaient beaucoup aidé l'administration Clinton. Ils avaient fait une grande partie des estimations des coûts, et leurs estimations étaient fiables. J'en avais conclu que c'était de bons professionnels. (Entretien réalisé en mai 2010 avec le directeur du Center for Health Policy Research and Ethics à George Mason University, expert à l'Urban Institute de 1994 à 2000)

Grâce à ses prestations de modélisation, l'*Urban Institute* renforce ainsi son accès au monde politique et au processus de réforme, et recrute des experts dont le profil est particulièrement recherché, à savoir des individus qui connaissent bien les institutions fédérales et qui ont également des connexions avec des membres de l'administration et le personnel politique (Lepont, 2016). Il renforce également ses effectifs sur les questions de santé, qui doublent après 1993. Cette centralité, renforcée lors de la réforme Clinton, a des effets à long terme qui se répercutent lors des réformes suivantes. Au début des années 2000, quand des projets de réforme du système de protection maladie émergent à nouveau au niveau des états fédérés, c'est l'*Urban Institute* qui est le premier acteur sollicité pour la modélisation financière des projets. C'est notamment le cas lorsque l'État du Massachusetts, alors dirigé par le républicain Mitt Romney, décide de se lancer dans un projet de réforme du système de protection maladie ambitieux, devant assurer l'universalité de la couverture maladie au sein de l'état. Cette expérience est à nouveau, pour l'*Urban Institute*, un tremplin pour se positionner dans les projets de réforme suivants, et en particulier pour la réforme Obama car le projet du Massachusetts adopté en 2005 devient un modèle de référence pour tous les législateurs qui souhaitent refonder le système de protection maladie étasunien (McDonough, 2012). Les experts de l'*Urban Institute* sont alors à nouveau mobilisés en priorité, notamment pour le savoir-faire en modélisation qu'ils ont développé pour ce type spécifique de réforme. D'après un ancien expert de l'*Urban Institute*, cela leur a donné un avantage très net dans le monde de l'expertise à la fin des années 2000 :

Je pense que la réforme du Massachusetts a été cruciale [pendant la réforme Obama]; ceux qui pouvaient s'exprimer au nom de cette expérience avaient plus d'opportunités pour être impliqués [dans le processus législatif]. Cela a fait une grande différence entre les experts. (Entretien réalisé en mai 2010 avec le directeur du think tank National Center for State Health Policy, expert à l'Urban Institute de 1997 à 2004)

Le deuxième exemple qui illustre l'effet de la maîtrise des outils de modélisation dans le processus de réforme est celui d'un professeur d'économie du *Massachusetts Institute of Technology* (MIT), Jonathan Gruber, qui, en dehors de l'*Urban Institute*, est l'autre source d'expertise en modélisation lors de la réforme du Massachusetts. Quand, au début des années 2000, la responsable des politiques de protection maladie de l'État du Massachusetts le contacte, J. Gruber est encore un jeune professeur qui a soutenu six ans auparavant, à Harvard, une thèse située aux frontières de l'économie du travail et de la santé sur l'impact des assurances

maladie obligatoires payées par les employeurs sur les salaires et l'emploi⁴. Selon un partage des tâches classiques entre théorie et mise en œuvre, les universitaires sont rares parmi les modélisateurs (Glied et Tilipman, 2010). Mais J. Gruber fait partie des économistes très tôt attirés par le conseil au monde politique, ce qui l'a amené à s'intéresser de près à la modélisation. À l'occasion de la réforme du Massachusetts, il se forge une spécialité : évaluer l'impact budgétaire d'un instrument nouveau qu'introduit cette réforme dans le système de protection maladie, l'*individual mandate*. Cet instrument, initialement formulé par des experts conservateurs, mais que les démocrates s'approprient dans l'espoir de trouver un compromis bipartisan (Quadagno, 2014), consiste dans l'obligation faite aux Américains de s'assurer, sous peine d'amende. Comme pour tout instrument nouveau, sa modélisation est particulièrement délicate car il n'y a pas d'historique auquel se référer pour estimer le comportement des individus et il faut donc se rapporter uniquement à des modèles théoriques (*The Lewin Group*, 2009). Devenu l'expert de référence pour la modélisation des réformes utilisant cet instrument⁵, J. Gruber est systématiquement sollicité par les gouverneurs d'états qui souhaitent élaborer une réforme sur cette base : « Ils [les gouverneurs des états] voulaient tous J. Gruber pour les aider à réformer leur système de protection maladie, de la même manière qu'il avait aidé Mitt Romney à le faire quand il était gouverneur du Massachusetts. » (Rampell, 2012). La demande est si forte que, pour y répondre, J. Gruber a créé son propre cabinet de conseil. Puis, lors de la réforme Obama, il est embauché en tant que consultant par le ministère de la Santé et des Affaires sociales (*Department of Health and Human Services* [DHHS]) pour aider les équipes de la Maison-Blanche à rédiger les grandes lignes du projet incluant un *individual mandate*. En même temps, il s'investit auprès des membres du Congrès pour l'écriture de la version détaillée du projet. Il devient ainsi l'un des rares experts consultés partout, à la fois par la Maison-Blanche, mais aussi par la Chambre et par le Sénat, ainsi que par les cinq comités législatifs. Ses compétences en modélisation, sans doute appuyées par ses connexions avec des personnalités politiques centrales⁶, l'ont ainsi propulsé en moins de cinq ans parmi les experts que nous avons définis comme les plus consultés par les décideurs étasuniens sur les politiques de protection maladie.

L'étroitesse d'un marché en grande partie structuré par les effets de réputation

Pour les experts et les organisations d'expertise, la modélisation budgétaire des réformes est un service qui se vend auprès des administrations et des législateurs qui choisissent d'y avoir recours et qui ont le choix entre plusieurs prestataires. En cela, on peut parler d'un marché (François, 2008). Cependant, on est d'emblée frappé par le faible nombre d'acteurs qui le compose : « la modélisation occupe l'attention d'une douzaine de chercheurs confirmés en dehors de l'administration tout au plus et d'une petite équipe dédiée à l'intérieur de l'administration », écrit Sherry Glied (Glied et Tilipman, 2010). Établissant la liste des modèles disponibles, des experts de l'*Urban Institute* recensent, en dehors du modèle du CBO et de celui d'une agence du DHHS (mais qui n'est pas global sur le système de santé), six modèles existants, développés par deux *think tanks* – l'*Urban Institute* (qui a deux modèles) et la *RAND Corporation*, un cabinet de conseil –, par le *Lewin Institute*, ainsi que par deux universitaires – J. Gruber et un groupe d'économistes de la santé de Harvard et de l'*Urban Institute*. Quelques acteurs se partagent donc ce « marché » de la modélisation financière des projets de réforme

⁴ J. Gruber n'ayant jamais répondu à nos multiples sollicitations, nous nous appuyons sur son CV, ses publications, ainsi que sur des articles de presse parus sur lui, en particulier un portrait publié dans *The New York Times* en 2012 (Rampell, 2012) et des articles faisant état des polémiques dans lesquelles il est impliqué au moment de la réforme Obama, ainsi qu'à sa suite.

⁵ De 2006 à 2015, J. Gruber est également nommé membre du *Massachusetts Health Connector*, la structure créée dans le cadre de la réforme du Massachusetts pour superviser la mise en œuvre de la réforme.

⁶ Notamment Larry Summers, alors ministre adjoint du Trésor.

sur la protection maladie, que l'on peut considérer, selon le continuum proposé par Stefan Aykut et ses collègues, plus proche d'une configuration oligopolistique que d'un marché ouvert (Aykut, Demortain et Benbouzid, 2019 : 8). Cela s'explique sans doute d'une part par la faible attractivité de cette activité pour les universitaires qui la considèrent comme trop appliquée (Glied et Tilipman, 2010) et, d'autre part, par l'investissement nécessaire pour se positionner dans ce marché. Celui-ci nécessite en effet l'emploi de personnels très qualifiés et le maintien à long terme de ces postes, même en dehors de toute activité législative dans le secteur concerné pour conserver le haut niveau de compétence de l'institut en ce domaine.

Le nombre d'acteurs est si faible que l'on peut douter que les mécanismes « normaux » de la concurrence jouent un rôle dans ce secteur. L'examen du contrat établissant l'embauche de J. Gruber comme consultant par le ministère de la Santé (DHHS) en est révélateur⁷. On y apprend en effet que J. Gruber a bénéficié d'une exception à la règle d'embauche des consultants par l'administration qui doit normalement suivre une procédure d'appel d'offres. Ce contrat, qui n'est pourtant pas négligeable puisqu'il s'agit d'un contrat d'un an rémunéré 400 000 dollars, précise en effet que :

La base juridique justifiant la **restriction de la concurrence** [pour le recrutement] est l'autorité 13/106-1(b) car **une seule source** est raisonnablement disponible pour satisfaire les exigences de l'agence [l'agence est l'ASPE, l'*Assistant Secretary for Planning and Evaluation*, un service central du DHHS]. [...] Le positionnement de Dr Gruber est **unique** pour fournir les analyses dont l'ASPE a besoin, du fait de son expérience et de la reconnaissance dont il bénéficie en tant qu'expert en politiques de santé et en économie [...]. De plus, afin d'estimer les impacts, Dr Gruber a développé et **breveté** un modèle de micro-simulation sophistiqué. Ce modèle a la flexibilité nécessaire pour déterminer la distribution des changements dans les dépenses de santé et les coûts des services médicaux dans le secteur privé. (Passages soulignés par l'auteure de cet article)

L'administration justifie donc l'absence d'appel d'offres par le caractère unique des compétences de J. Gruber. Si l'administration se permet le recours à cet argument, c'est qu'il repose sur un jugement très largement partagé. En témoigne par exemple ce propos du principal conseiller santé de Barack Obama pendant la campagne de 2008 : « Il est vraiment la seule personne qui a fait ce travail rigoureux de modélisation depuis aussi longtemps. Il est la seule personne que tu peux aller voir pour ce genre de chose et c'est pourquoi la Maison-Blanche a fait appel à lui en premier lieu. » (cité dans Rampell, 2012). J. Gruber bénéficie ainsi d'une forme de monopole dans l'activité de modélisation de la réforme Obama. Comme l'article de *The New York Times* qui lui est consacré s'en fait l'écho, son modèle d'estimation sur l'*individual mandate* est devenu incontournable, même pour les autres instituts : « D'autres modèles existent, élaborés par des organisations à but non lucratifs comme RAND ou par des cabinets de conseil comme le *Lewin Group*, mais, selon Jean Abraham, un économiste de la santé de l'université du Minnesota, anciennement membre des administrations Obama et Bush, ils utilisent tous le travail de M. Gruber comme un benchmark. » (Rampell, 2012).

Conformément à l'une des interprétations proposées par Aykut, Demortain et Benbouzid (2019), cette configuration quasi hégémonique s'explique d'après nous par des « barrières techniques à l'entrée ». Celles-ci sont liées à l'avance prise par J. Gruber qui, du fait de son implication dans la réforme du Massachusetts, a été le premier à avoir travaillé à la modélisation de l'*individual mandate*. Dans l'introduction à la présentation de son modèle datée de 2009, *The Lewin Group* estimait que « le plus grand défi dans la modélisation des réformes de santé est de simuler les effets des propositions de réforme contenant des instruments qui n'ont jamais été mis en œuvre » (*The Lewin Group*, 2009 : 1). Dans ce document très détaillé sur le modèle

⁷ Le contrat est disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.fbo.gov/index?s=opportunity&mode=form&id=239a1e94d4f22683c9cf64fd2ddcf9e0&tab=core&tbmode=list&=> (consultée le 10/10/2020).

et son application à différents types de réforme, il n'est effectivement pas fait mention à l'*individual mandate* comme si l'institut avait été « pris de cours » par l'irruption de cet instrument. L'avance dont a bénéficié J. Gruber était donc précieuse et, comme le signale le contrat cité plus haut, ce dernier a de plus cherché à la conserver et à capitaliser dessus en protégeant son modèle par un brevet ! Pourtant, son modèle est resté basé sur une approche classique de modélisation des comportements comme « une fonction continue changeant en fonction des prix des assurances » (Gruber, 2008). Quelques années plus tard, le CBO a complexifié cette approche en introduisant des facteurs non économiques, tels que la tendance des individus à se conformer à la loi sous l'effet de la pression sociale (CBO, 2017). Par ailleurs, J. Gruber s'est basé sur les mêmes enquêtes et bases de données que les autres modélisateurs (Gruber, 2008).

L'effet de réputation joue aussi un rôle important dans la configuration de ce marché particulièrement étroit. Du fait de l'opacité de ces objets hyper-techniques que sont les modèles, les acteurs qui ont recours aux services de modélisation ont en effet du mal à juger de la qualité des modèles, à établir des préférences et donc à faire jouer la concurrence. Nous avons pu remarquer ce phénomène lors de notre enquête qui portait pourtant sur des experts rompus à toutes les problématiques touchant aux politiques de protection maladie étasuniennes et qui ont de plus, pour la majorité, une formation en microéconomie et donc en mathématiques appliquées. Mais, en tant que *health policy analysts*, la compétence qu'ils ont développée depuis des années consiste surtout, d'une part, à bien connaître les caractéristiques de la couverture maladie aux États-Unis, les différentes options de réforme qui ont été débattues, les effets de celles qui ont été appliquées et, d'autre part, à comprendre le jeu politique étasunien (Lepont, 2016). De fait, la plupart sont loin d'être en capacité de comprendre les détails des outils de modélisation mathématique et d'en avoir une vision critique. Pour cette raison, eux-mêmes, et a fortiori les législateurs et leurs équipes, ont tendance à se fier à la réputation des modélisateurs. C'est ainsi qu'on peut comprendre les trajectoires développées plus haut de l'*Urban Institute* et de J. Gruber, qui, après avoir fait leur preuve une fois, sont recontactés systématiquement pour de nouveaux contrats. Comme l'a montré Lucien Karpik dans son analyse de l'économie des biens singuliers, cette réputation est socialement construite et repose en particulier sur le fait que ces acteurs ont déjà été sollicités. L'effet de réputation a donc tendance à favoriser le conformisme et la reproduction dans le choix des prestataires, ce qui explique en partie l'étroitesse de ce marché (Karpik, 2007).

Entre appui technique et conseil politique

La modélisation est généralement perçue et présentée par les experts qui s'y consacrent comme un travail objectif, sans implication politique. C'est ainsi, par exemple, que l'un d'entre eux présente son travail à l'*Urban Institute* :

Ici c'est un travail qui a toujours vocation à éclairer les politiques publiques, mais pas à prendre parti. L'objectif est d'apporter des informations objectives mais pas d'émettre un jugement politique.
(Entretien réalisé en novembre 2011 avec une *senior fellow* de l'*Urban Institute*)

Un autre expert de l'*Urban Institute* expose pourtant les choses différemment :

Quand j'étais à l'Urban Institute, nous avions un contrat pour faire l'analyse qui conduisit à la création du projet de loi qui fut finalement adopté [il s'agit de la réforme du Massachusetts]. Donc nous avons fait la modélisation et les estimations à partir desquelles nous avons présenté différentes options. Puis nous les avons présentées lors de grandes réunions et présentations pour essayer de créer une impulsion à la réforme. (Entretien réalisé en mai 2010 avec le directeur du think tank *National Center for State Health Policy*, expert à l'*Urban Institute* de 1997 à 200)

Ces propos indiquent un engagement de l'organisation et de ses experts en faveur du passage d'une réforme et il semble bien que, pour eux, les modèles doivent servir l'argumentation dans cette direction. De fait, à partir de l'exemple de J. Gruber, nous voudrions montrer dans cette dernière partie comment la place centrale acquise grâce aux compétences de modélisation permet à certains experts de défendre des positions sur des options de réforme.

L'engagement personnel de J. Gruber en faveur d'une option de réforme : l'individual mandate

Si J. Gruber a construit sa réputation en produisant un outil de modélisation des projets de réforme bâtis autour de l'*individual mandate*, il devient également un fervent défenseur de cette option, au point d'être surnommé « *Mr. Mandate* » (Rampell, 2012). Il publie de nombreux articles argumentant la nécessité de cette option et témoigne en ce sens lors d'auditions au Sénat⁸.

Or l'*individual mandate*, loin d'être neutre politiquement, est un point de controverse qui cristallise les oppositions entre les candidats dès les primaires démocrates de 2007. Lors de ces primaires, deux des candidats démocrates, Hillary Clinton et John Edwards, s'appuyant sur la réforme du Massachusetts, l'intègrent dans leur proposition. Le candidat Obama, lui, la récuse, la présentant comme une entrave au principe fondamental de liberté des Américains. Par la suite, lors de la campagne présidentielle de 2008 puis des débats législatifs de 2009, le président Obama et l'ensemble des démocrates se rangent à l'idée de l'*individual mandate*. Cet instrument – bien qu'initialement formulé par des experts conservateurs de *The Heritage Foundation* et promu en 1993 par le caucus conservateur du parti républicain – devient alors le principal objet des attaques des républicains et leur principal argument pour brandir la menace de « socialisme » que la réforme représenterait pour le pays (Lepont, 2021).

Dans ce débat qui met en scène de grands principes (la liberté individuelle vs la solidarité collective), J. Gruber avance des arguments de faisabilité. Sur la base des résultats de son modèle, il affirme que, sans l'*individual mandate*, les polices d'assurance aux particuliers seraient beaucoup trop élevées, exigeant des niveaux d'aides fédérales qui rendraient la réforme infaisable d'un point de vue budgétaire. Ces résultats sont parfaitement cohérents avec la théorie économique, l'économie de la santé ayant depuis sa fondation au début des années 1960 identifié l'*adverse selection* – soit la tendance des individus bien portants à ne pas s'assurer – comme l'une des principales entraves au bon fonctionnement du marché dans le secteur de la santé (Tanti-Hardouin, 1994).

Pour la journaliste Catherine Rampell (2012), ces résultats « scientifiques » ont une véritable efficacité politique : « Ce sont les recherches de M. Gruber qui ont convaincu l'administration Obama que la réforme de santé ne pourrait pas fonctionner sans imposer à tout le monde de s'assurer. », affirme-t-elle dans son article de *The New York Times*. Que cet effet de conviction soit réel ou pas, il est certain en tout cas que la « scientificité » des « preuves » apportées par le modèle est un argument largement utilisé par les démocrates. L'économiste de la santé de Harvard et conseiller de Barack Obama pendant la campagne, David Cutler, déclare ainsi à la journaliste : « Il [J. Gruber] a élevé au niveau de la science une question qui sinon n'aurait été qu'une opinion. » Le modèle de J. Gruber est de fait un outil dont les démocrates tentent de se servir – sans grand succès néanmoins au vu des affrontements partisans – pour justifier le recours à l'*individual mandate* sur le terrain de la nécessité fonctionnelle et non d'un choix en valeurs.

⁸ Voir par exemple pour les articles : Gruber, 2009 ; 2010b. Pour les auditions (*hearings*), on peut citer : 12 mai 2009, *United State Senate Committee on Finance* ; 11 juin 2009, *United States Senate Committee on Health, Education, Labor, and Pensions (HELP Committee)* ; 3 novembre 2009, *HELP Committee*.

Une neutralité scientifique ?

Pourtant, l'objectivité de J. Gruber est mise en doute à certains moments par des experts démocrates qui souhaitent le passage de la réforme et s'inquiètent de la cristallisation du débat sur l'*individual mandate*, celui-ci étant devenu la première cible des attaques républicaines et apparaissant par conséquent comme une menace pour la réforme dans son ensemble. C'est le cas d'un sociologue très reconnu sur le système de santé étasunien, qui a aussi été un proche conseiller de l'administration Clinton en 1993, Paul Starr. Celui-ci s'alarme de la focalisation sur l'*individual mandate* qui, rappelle-t-il, n'assurera pas en lui-même la souscription de toute la population : tout dépend du montant de l'amende infligée (Starr, 2011). Il reproche alors à J. Gruber de ne jamais aborder publiquement ce point, militant avant tout pour l'instrument en tant que tel. Il lui reproche également de présenter cet instrument comme la seule option possible pour assurer la faisabilité de la réforme alors que, d'après Paul Starr, bien d'autres solutions existent pour répartir les risques et éviter l'*adverse selection* : par exemple l'*employer mandate* (avec une aide systématique pour les personnes sans emploi) – qui était la proposition soutenue par Nixon en 1973, Carter à la fin des années 1970 et Clinton en 1993 – ou encore une assurance publique universelle. Certes, les échecs successifs de toutes les tentatives de réforme basées sur ces systèmes depuis 1945 peuvent justifier le soutien à l'*individual mandate* qui a, de plus, l'avantage d'être soutenu par les principaux groupes d'intérêt, et en particulier par des compagnies d'assurance (Quadagno, 2011). Mais, au-delà de cet aspect, la prise de position de J. Gruber en faveur de l'*individual mandate* s'inscrit dans des préférences idéologiques dont il a témoigné depuis longtemps : celle pour une intervention minimale de l'État dans l'économie visant à préserver autant que possible le libre marché.

En effet, l'*individual mandate*, élaboré par les experts des *think tanks* conservateurs de *The Heritage Foundation* et *The American Enterprise Institute* dans les années 1980, est un instrument dont l'objectif initial est de résoudre le problème de l'*adverse selection* dans un contexte de marché des assurances de santé et ainsi de permettre le fonctionnement du marché dans le secteur de la santé. Il a été conçu pour contrer l'*employer mandate* proposé par l'administration Nixon puis repris par les démocrates, les experts conservateurs reprochant aux assurances d'entreprise leur inertie, empêchant l'avènement d'un véritable marché fluide et réactif entre l'offre et de la demande. Ce faisant, la charge d'assurance est reportée au niveau des individus au nom de la responsabilisation individuelle : c'est aux individus eux-mêmes, et non à une entité collective, que doit incomber la charge de s'assurer. L'*individual mandate* n'est donc pas un simple instrument technique (Lascoumes et Le Galès, 2004). C'est un instrument porteur d'un programme plus large de promotion du marché et de la responsabilisation individuelle dans le secteur de la santé. Au début des années 1990, les démocrates s'y sont justement opposés pour ces raisons.

En revanche, ces deux axes – la promotion du marché et la responsabilisation individuelle – sont au cœur des préférences exprimées par J. Gruber. Cela est visible par exemple dans la proposition de réforme du système de protection maladie qu'il fait en 2003 pour le *think tank Economic and Social Research Institute* (Gruber, 2003). Intitulée *A Private/Public Partnership for National Health Insurance*, celle-ci visait la suppression des assurances d'entreprise et la création d'un vaste marché des assurances individuelles subventionné par un système de crédit d'impôt (*vouchers*). Cette proposition reprenait trait pour trait celle des républicains au début des années 1990. Sur un autre sujet, dans un article sur les moyens de lutter contre l'obésité, ses recommandations sont entièrement axées sur la transformation des comportements individuels par des incitations (et des sanctions) économiques (Gruber, 2010a). J. Gruber, qui se dit démocrate (Rampell, 2012), est de fait un représentant typique des économistes « *blue dog* » (conservateurs) qui ont commencé à conseiller les démocrates dans les années 1980 et surtout 1990, introduisant auprès d'eux des raisonnements très favorables au marché (Mudge, 2018). La position de J. Gruber sur l'*individual mandate* renvoie donc aussi à des préférences

personnelles en faveur du marché. Les résultats de son modèle servent un programme de réforme qui correspond à sa sensibilité politique.

Conclusion

Le cas des réformes de protection maladie révèle toute l'importance qu'a prise, aux États-Unis, la prévision budgétaire, et avec elle, les outils de modélisation, depuis la mise en œuvre du BEA au début des années 1990 (Lambrew, 2004 ; Glied et Tilipman, 2010). Les législateurs et leurs équipes s'appuient alors beaucoup sur des spécialistes de la modélisation extérieurs à l'État, l'administration n'ayant pas les capacités en interne pour répondre aux exigences toujours plus élevées de modélisation. Ces spécialistes sont généralement des experts issus de *think tanks* ou de cabinets de conseil, et plus rarement des universitaires. Parce que ces acteurs sont rémunérés en tant que consultants, la production de modèles de prédiction budgétaire s'apparente à un marché (François, 2008). En suivant les auteurs qui voient dans ce système de production d'expertise non étatique un facteur de pluralisme (Stone, 1996 ; McGann et Weaver, 2006), cette configuration pourrait également être un facteur de diversité. Pourtant, la première caractéristique de ce marché est d'être limité à un nombre particulièrement restreint d'acteurs. En se référant aux catégories proposées par Aykut, Demortain et Benbouzid (2019), la situation s'apparente ainsi davantage à une « configuration oligopolistique » qu'à un « marché ouvert » de l'expertise. Cette tendance est encore renforcée dans le cas de la modélisation de la réforme Obama qui s'appuyait sur un instrument inédit, l'« *individual mandate* », sur lequel un seul modélisateur, J. Gruber, avait travaillé depuis plusieurs années. Cette « configuration oligopolistique » s'explique, d'une part, par la faible attractivité de l'activité de modélisation pour les universitaires qui la considèrent comme trop appliquée (Glied et Tilipman, 2010) et, d'autre part, par l'investissement nécessaire pour les instituts d'expertise pour franchir les « barrières techniques à l'entrée » (Aykut, Demortain et Benbouzid, 2019) et se positionner dans ce marché. Comme dans les marchés des singularités décrits par Lucien Karpik (2007), l'opacité des modèles conduit les commanditaires à s'en remettre à la réputation des uns et des autres pour sélectionner leurs prestataires, ce qui contribue à maintenir la configuration oligopolistique. Cette situation octroie un pouvoir important dans l'espace de l'expertise américain sur la protection maladie (Lepont, 2021) à ceux qui maîtrisent le développement et l'usage des modèles. Or, comme nous l'avons montré avec le cas de J. Gruber, ces derniers peuvent se servir de leur centralité ainsi acquise pour promouvoir des programmes de réforme qui correspondent à leurs préférences politiques.

Références

Akrich M., Callon M., Latour B., 2006. *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Paris, Presses des Mines.

Andersson J., Prat P., 2015. Gouverner le « long terme ». La prospective et la production bureaucratique des futurs en France, *Gouvernement et action publique*, 4 (3), 9-29.

Angeletti T., 2011. Faire la réalité ou s'y faire ? La modélisation et les déplacements de la politique économique au tournant des années 1970, *Politix*, 95 (3), 47-72.

Aykut S. C., Demortain D., Benbouzid B., 2019. The Politics of Anticipatory Expertise: Plurality and Contestation of Futures Knowledge in Governance. Introduction to the Special Issue, *Science & Technology Studies*, 32 (4), 2-12.

Beaussier A.-L., 2016. *La Santé aux États-Unis. Une histoire politique*, Paris, Presses de Sciences Po.

Beckert J., Bronk R. (eds), 2018. *Uncertain Futures: Imaginaries, Narratives, and Calculation in the Economy*, Oxford, Oxford University Press.

Benamouzig D., 2005. *La Santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, Presses universitaires de France.

Caiden N., Wildavsky A. D., 2004. *The New Politics of the Budgetary Process*, Boston, Pearson/Longman.

Congressional Budget Office (CBO), 2017. *Modeling the Effects of the Individual Mandate on Health Insurance Coverage*, Meeting of CBO's Panel of Health Advisers, <https://www.cbo.gov/publication/53105>

Desrosières A., 2010 [1^{re} éd. 1993]. *La Politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte.

François P., 2008. *Sociologie des marchés*, Paris, Armand Colin.

Glied S., Tilipman N., 2010. Simulation Modeling of Health Care Policy, *Annual Review of Public Health*, 31, 439-455.

Gruber J., 2003. *A Private/Public Partnership for National Health Insurance*, Washington, Economic and Social Research Institute.

Gruber J., 2008. Covering the Uninsured in the United States, *Journal of Economic Literature*, 46 (3), 571-606.

Gruber J., 2009. A Win-Win Approach to Financing Health Care Reform, *The New England Journal of Medicine*, 361, 4-5.

Gruber J., 2010a. Taxing Sin to Modify Behavior and Raise Revenue, *National Institute for Health Care Management Foundation*, avril.

Gruber J., 2010b. The Cost Implications of Health Care Reform, *The New England Journal of Medicine*, 362, 2050-2051.

Hacker J. S., 1997. *The Road to Nowhere: The Genesis of President Clinton's Plan for Health Security*, Princeton, Princeton University Press.

Heniff B. Jr, Murray J., 2011. *Congressional Budget Resolution. Historical Information*, Washington, CRS Report for Congress.

Joyce P. G., 2011. *The Congressional Budget Office: Honest Numbers, Power, and Policymaking*, Washington, Georgetown University Press.

Karpik L., 2007. *L'Économie des singularités*, Paris, Gallimard.

Lambrew J., 2004. Numbers Matter: A Guide to Cost and Coverage Estimates in Health Reform Debates, *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 32 (3), 446-453.

Lascoumes P., Le Galès P., (dir.), 2004. *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po.

- Lepont U.**, 2016. Les experts les plus consultés aux États-Unis : l'hypothèse d'une péri-administration. Le cas des politiques de protection maladie (1970-2010), *Revue française de science politique*, 66 (6), 887-913.
- Lepont U.**, 2021 [à paraître]. *Aux marges de l'État. Le rôle des experts dans les réformes de santé aux États-Unis (1970-2010)*, Lyon, ENS Éditions.
- McDonough J. E.**, 2012. *Inside National Health Reform*, Berkeley, University of California Press.
- McGann J. G., R. K. Weaver (eds)**, 2006 [1st ed. 2000]. *Think Tanks and Civil Societies: Catalysts for Ideas and Action*, New Brunswick, Transaction Publishers..
- Mudge S. L.**, 2018. *Leftism Reinvented: Western Parties from Socialism to Neoliberalism*, Cambridge, Harvard University Press.
- Quadagno J.**, 2011. Interest-Group Influence on the Patient Protection and Affordability Act of 2010: Winners and Losers in the Health Care Reform Debate, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 36 (3), 449-453.
- Quadagno J.**, 2014. Right-Wing Conspiracy? Socialist Plot? The Origins of the Patient Protection and Affordable Care Act, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 39 (1), 35-56.
- Rampell C.**, 2012. Academic Built Case for Mandate in Health Care Law, *The New York Times*, 28 mars, <https://www.nytimes.com/2012/03/29/business/jonathan-gruber-health-cares-mr-mandate.html>
- Rich A.**, 2004. *Think Tanks, Public Policy, and the Politics of Expertise*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Ringel J. S., Eibner C., Girosi F., Cordova A., McGlynn E. A.**, 2013. Modeling Health Care Policy Alternatives, *Health Services Research*, 45 (5), 1541-1558.
- Schickler E.**, 2007. Entrepreneurial Defenses of Congressional Power, in S. Skowronek, M. Glassman (eds), *Formative Acts: American Politics in the Making*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 293-315.
- Skocpol T.**, 1996. *Boomerang: Clinton's Health Security Effort and the Turn against Government in US Politics*, New York, Norton.
- Starr P.**, 2011. The Mandate Miscalculation, *The New Republic*, 14 décembre, <https://newrepublic.com/article/98554/individual-mandate-affordable-care-act>.
- Stone D.**, 1996. *Capturing the Political Imagination: Think Tanks and the Policy Process*, London, Frank Cass.
- Tanti-Hardouin N.**, 1994. *Économie de la santé*, Paris, Armand Colin (U. Économie).
- The Lewin Group**, 2009. *The Health Benefits Simulation Model (HBSM): Methodology and Assumptions*, http://www.lewin.com/content/dam/Lewin/Resources/Site_Sections/HBSMSummary.pdf
- White J.**, 2009 [1st ed. 1996]. The President's Budget vs. Congressional Budgeting: Institutionalizing the Adversarial Presidency?, in J. A. Thurber (ed.), *Rivals for Power: Presidential-Congressional Relations*, New York, Rowman & Littlefield, 229-249.

White J., 2015. The Challenge of Budgeting for Health Care Programmes, in OECD (ed.), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, Paris, OECD Publishing, 45-77.

Wildavsky A. B., 1984 [1st ed. 1964]. *The Politics of the Budgetary Process*, Boston, Little, Brown.

Ulrike Lepont est docteure en science politique, post-doctorante à l'IDHES, ENS Paris-Saclay. Elle a publié plusieurs articles (dans *Governance, Journal of Health Politics, Policy and Law, Revue française de science politique, Revue française de sociologie, Politix, Gouvernement et action publique*) ainsi qu'un livre (à paraître) sur le rôle des experts dans les réformes de la protection maladie aux États-Unis, issus de sa thèse (Prix de thèse 2015 Mattei Dogan/AFSP).

[ulrike.lepont@gmail.com]