Ordonnance numérique : l'éditeur écrit le script

L'Assurance maladie présente 2026 comme l'année de la généralisation de l'ordonnance numérique en ville. Le bilan chiffré est spectaculaire et réel. Il masque toutefois un déplacement de pouvoir que le discours institutionnel ne nomme jamais : la trajectoire d'adoption n'est pas pilotée par le prescripteur, mais par l'éditeur de logiciel, seul en mesure d'inscrire le service dans le geste métier. Ce que la statistique enregistre comme une appropriation professionnelle est d'abord le calendrier commercial d'une poignée de fournisseurs. Le cas montre que la massification déclarée est la face visible d'un script délégué.

Par Alexandre Berge · 4 octobre 2026 · 16 min de lecture · Analyse

Le bilan 2025 raconte une appropriation, les chiffres d'exécution racontent autre chose

Le GIE SESAM-Vitale, dans son bilan annuel mis en ligne le 26 février 2026, chiffre l'année 2025 : 58 911 médecins ont utilisé l'ordonnance numérique, soit le double de 2024, et 20 351 officines l'ont mobilisée, un nombre qui a plus que doublé en un an et couvre la quasi-totalité du réseau. Le service de création a été ouvert environ 100 millions de fois sur l'année, en hausse de 240 %. La Caisse nationale de l'Assurance maladie, de son côté, indique que 130 millions d'ordonnances numériques ont été créées depuis le lancement du dispositif, à fin novembre 2025, et que la totalité des pharmacies en ont exécuté au moins une.

Ces nombres décrivent une diffusion, pas un usage stabilisé. La nuance est décisive. Qu'une officine ait exécuté au moins une ordonnance numérique la range dans la colonne des utilisatrices, sans rien dire de la part de son activité réellement dématérialisée. Or les indicateurs d'exécution, moins mis en avant, dessinent une réalité plus modeste. Catherine Morvan Sigward, directrice de mission sur l'ordonnance numérique à la Cnam, l'a formulé au salon Pharmagora Plus le 14 mars 2026 : «En mars 2025, elle n'était que de 10,5 %. Depuis novembre 2025, ce taux a dépassé la barre de 20 %. En février, il a même atteint 25,5 %, soit près du quart des ordonnances créées par les médecins.» Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de juin 2025 relevait par ailleurs qu'une minorité des prescriptions des médecins généralistes étaient numériques à cette date.

L'écart entre le nombre d'ordonnances créées et le nombre d'ordonnances effectivement dispensées en tant que telles est la donnée centrale du dossier. Une ordonnance numérique émise mais traitée en officine comme un simple papier, faute d'équipement ou de version

logicielle adéquate côté pharmacien, ne produit aucun des bénéfices attendus. Le circuit dématérialisé ne se referme que si les deux extrémités, prescripteur et prescrit, disposent d'un logiciel qui sait lire et écrire dans la base de l'Assurance maladie.

La loi fixe une échéance, l'intégration logicielle fixe le rythme réel

Le cadre juridique est ancien et contraignant sur le papier. La loi du 24 juillet 2019 d'organisation et de transformation du système de santé pose le principe, l'ordonnance n° 2020-1408 du 18 novembre 2020 l'inscrit dans le code de la santé publique, et le décret n° 2023-1222 du 20 décembre 2023 en précise les modalités. La généralisation était fixée au plus tard au 31 décembre 2024 pour tous les prescripteurs et tous les prescrits sur les prescriptions exécutées en ville.

Cette échéance n'a pas été tenue. Les autorités l'ont reconnu explicitement : le niveau de déploiement attendu fin 2024 n'ayant pas été atteint, l'effort a été recentré pour que médecins et officines soient équipés en 2025, la généralisation étant reportée à 2026. Le décalage n'est pas anecdotique. Il révèle que la date légale n'a qu'un pouvoir d'affichage tant que le service n'est pas présent dans les logiciels métiers. L'ameli.fr formule d'ailleurs la dépendance sans détour : le déploiement se fera progressivement en fonction de l'intégration du service dans les logiciels métiers.

Cette dépendance a une conséquence peu commentée sur le statut de l'obligation. La e-prescription (prescription électronique) est présentée comme obligatoire pour les prescripteurs, mais aucune sanction n'est prévue à ce jour en cas de non-usage, et la sortie du papier n'est encadrée par aucune date. L'ordonnance imprimée reste la pièce de référence remise au patient. Un praticien hospitalier a résumé cette hybridation dans un article professionnel de mai 2025 : l'ordonnance numérique française reste, dans les faits, une ordonnance papier augmentée d'un QR code. L'obligation existe donc dans le texte, mais son effectivité est suspendue à un tiers que la loi ne nomme pas : l'éditeur.

> **Le script, ou l'usage inscrit dans l'objet.**
>
> La sociologue Madeleine Akrich, dans *The De-Scription of Technical Objects* (in W. Bijker et J. Law, *Shaping Technology / Building Society*, MIT Press, 1992), propose la notion de *script* (scénario d'usage inscrit dans le dispositif) : le concepteur d'un objet technique y grave par avance une distribution des rôles entre acteurs humains et non humains et anticipe leurs comportements. L'utilisateur ne fait pas face à une technologie neutre, mais à un programme d'action déjà écrit, qu'il peut suivre, contourner ou refuser. Akrich avait esquissé l'idée dès *Comment décrire les objets techniques ?* (*Techniques et Culture*, n° 9, 1987).

L'éditeur écrit le scénario d'usage à la place du prescripteur

Le concept d'Akrich éclaire précisément le mécanisme à l'œuvre. Le prescripteur ne rencontre jamais l'ordonnance numérique comme un service public autonome. Il la rencontre incorporée à son logiciel d'aide à la prescription (LAP, l'outil qui assiste le choix du médicament), c'est-à-dire déjà mise en scène par un éditeur : emplacement du bouton, moment du recueil du consentement, gestion du consentement par défaut ou à chaque ordonnance, compatibilité avec les contrôles de prescription existants, ergonomie de la signature. Chaque choix d'intégration est une décision de script qui préforme le geste du médecin. La documentation d'assistance d'un éditeur majeur illustre ce pouvoir d'inscription lorsqu'elle indique que l'ordonnance numérique n'est pas compatible avec un mode de contrôle de prescription antérieur, ou que le consentement doit être demandé pour chaque ordonnance faute d'évolution réglementaire encore intégrée. L'usage réel dépend de ce que le logiciel autorise, ordonne ou empêche.

Il en résulte un déplacement du lieu de décision. La politique publique délègue l'écriture du scénario d'usage à des acteurs privés dont l'agenda de développement obéit à des contraintes propres. Fin 2025, 62 éditeurs disposaient de l'autorisation de créer une prescription dématérialisée, mais l'aptitude à créer n'est pas l'aptitude à exécuter, et les calendriers diffèrent d'un fournisseur à l'autre. Le cas de la version 3 du service côté officine est éloquent : fin 2025, deux logiciels de gestion d'officine seulement l'avaient intégrée, alors que cette version conditionne la remontée immédiate du signal de dispensation vers l'Assurance maladie, donc la capacité à prévenir une dispensation multiple frauduleuse. La fonction de sécurité vantée par l'institution n'existait, à cette date, que dans une fraction infime du parc.

Le marché ajoute une couche de concentration à cette délégation. L'étude de marché 2025 du GIE SESAM-Vitale montre que les dix premiers éditeurs concentrent 80 % du segment des médecins, tandis que, chez les pharmaciens, les deux premiers acteurs détiennent 75,7 % du marché officinal. Autrement dit, le script national d'usage de l'ordonnance numérique est, dans les faits, écrit par un très petit nombre de firmes. La sociologie des usages nomme ce phénomène : l'outil n'existe qu'incorporé au *workflow* métier (l'enchaînement des tâches du poste de travail), et celui qui contrôle l'incorporation contrôle l'usage.

> **Ce que la statistique compte, et ce qu'elle ne compte pas.**
>
> Bilan GIE SESAM-Vitale 2025 (mis en ligne le 26 février 2026) : 58 911 médecins et 20 351 officines utilisateurs, service de création ouvert 100 millions de fois (+240 %). Cnam (données à fin novembre 2025) : 130 millions d'ordonnances créées depuis le lancement, 100 % des pharmacies ayant exécuté au moins une ordonnance numérique. Mais taux d'exécution effective en officine de 25,5 % en février 2026, pour près de 65 000 médecins ayant créé au moins une ordonnance et 19 248 officines en ayant exploité au moins une (Cnam, 14 mars 2026). Le premier bloc mesure l'équipement et l'ouverture du service. Le

> second mesure l'usage. Les deux ne coïncident pas.

L'État finance le socle technique qu'il ne maîtrise pas

Le programme Ségur du numérique en santé constitue le levier par lequel la puissance publique tente de reprendre la main sur ce socle logiciel. Son mécanisme est un système ouvert et non sélectif, dit SONS : l'État paie directement les éditeurs, en contrepartie de la mise à jour des logiciels des professionnels vers une version référencée, selon un modèle d'achat pour compte (l'État achète pour le compte des professionnels). Le financement est donc versé au fournisseur, non au professionnel, et transite par un référencement en deux vagues qui fixe les fonctionnalités obligatoires, dont la compatibilité avec la dernière version du cahier des charges de l'ordonnance numérique.

Ce dispositif est une réponse rationnelle à la dépendance décrite plus haut : puisque l'usage passe par l'éditeur, l'État subventionne l'éditeur pour qu'il inscrive le bon script. Mais il consacre du même mouvement la centralité de l'intermédiaire. La puissance publique ne prescrit pas directement au médecin, elle achète à l'éditeur le comportement qu'elle souhaite voir advenir chez le médecin. La notion de *base installée* (l'ensemble des équipements, pratiques et routines déjà en place), développée par Ole Hanseth et Eric Monteiro dans leurs travaux sur les infrastructures d'information (voir O. Hanseth, E. Monteiro et M. Hatling, *Developing Information Infrastructure : the Tension between Standardization and Flexibility*, *Science, Technology and Human Values*, 1996), rend compte de cette inertie : une infrastructure ne se décrète pas sur table rase, elle doit composer avec les logiciels et les usages déjà installés, qui pèsent sur toute évolution. Le parc logiciel des cabinets et des officines est cette base installée, et c'est elle, plus que la loi, qui gouverne le tempo.

Le second instrument de reprise en main est financier et vise cette fois le professionnel. La convention médicale 2024-2029, signée en juin 2024, a remplacé le forfait structure par la dotation numérique, la Donum, entrée en vigueur le 1er janvier 2026. La logique du forfait structure était de récompenser l'équipement. Celle de la Donum est de récompenser l'usage : le point vaut 7 euros, la dotation atteint au maximum 2 940 euros par an, et son socle exige notamment que la moyenne des taux d'usage de quatre téléservices (déclaration de médecin traitant, protocole de soins électronique, feuille de soins électronique, avis d'arrêt de travail) atteigne 60 % en 2026, cible portée à 80 % en 2028. L'alimentation du dossier médical partagé et l'usage de l'ordonnance numérique forment désormais un indicateur optionnel unique. La rémunération est appréciée au 31 décembre et versée l'année suivante, la première liquidation de la Donum intervenant en 2027.

Le paradoxe est que cet indicateur d'usage, censé mesurer l'engagement du prescripteur, reste tributaire de l'éditeur. Un médecin ne peut atteindre un taux d'usage élevé que si son logiciel intègre correctement le service et le rend fluide. La Donum récompense donc le praticien pour un comportement dont la condition de possibilité appartient à un tiers. Elle

importe dans la rémunération la dépendance qu'elle prétend dépasser.

Un précédent presque identique : la feuille de soins électronique de 1998

L'histoire récente de l'Assurance maladie offre un parallèle d'une proximité structurelle frappante. Le programme SESAM-Vitale, lancé en 1998, visait à remplacer la feuille de soins papier par une feuille de soins électronique télétransmise. Là encore, l'usage ne pouvait naître que d'un logiciel agréé. Le premier progiciel agréé, AxiAM de l'éditeur Axilog, l'a été le 22 mai 1998, et les toutes premières feuilles de soins électroniques n'ont été télétransmises que le 5 juin 1998 par deux médecins généralistes de Bretagne. Fin janvier 1999, un peu plus de 100 000 feuilles avaient été transmises par 550 médecins, tandis que 70 progiciels étaient agréés. Le décalage entre l'ambition réglementaire et la réalité de terrain tenait déjà au fait que les premiers logiciels n'étaient souvent que des prototypes.

La structure est la même à un quart de siècle d'écart : un service national dont l'adoption est médiatisée par un logiciel agréé ou référencé, un rythme dicté par la capacité des éditeurs à intégrer, une incitation financière pour arracher l'usage. La différence tient au dénouement du cas de 1998, et c'est lui qui donne au parallèle sa valeur d'anticipation. La télétransmission n'est devenue massive qu'à partir du moment où la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 a instauré une pénalité pour refus de télétransmettre. L'incitation douce n'avait pas suffi, il avait fallu une contrainte financière assortie d'un seuil. Le forfait structure, puis la Donum, occupent aujourd'hui la place de l'incitation douce. Le parallèle suggère que la généralisation réelle se jouera au moment, encore indéterminé, où une sanction remplacera l'encouragement.

L'angle mort : une infrastructure justifiée par des bénéfices jamais mesurés

Le discours institutionnel justifie l'ordonnance numérique par deux promesses répétées : la lutte contre l'iatrogénie (les dommages liés aux soins et aux médicaments), grâce au logiciel d'aide à la prescription adossé à une base de médicaments, et la lutte contre la fraude, grâce au numéro unique et au QR code. En 2024, la Cnam évaluait à plusieurs centaines de millions d'euros les pertes liées aux ordonnances frauduleuses ou mal interprétées, et présentait le dispositif comme une garantie contre la falsification. À titre de repère, les fausses ordonnances stoppées via l'outil de signalement ASAFO-Pharma représentaient 13,4 millions d'euros en 2024, contre 11,5 millions en 2023, selon la direction déléguée en charge des fraudes de la Cnam.

Ce que l'écosystème officiel ne formule pas, c'est qu'aucune de ces deux promesses n'est à ce jour étayée par une évaluation d'impact publiée. Le raisonnement est déductif : le dispositif devrait réduire l'iatrogénie et la fraude par construction. Mais aucun chiffre ne mesure, à parc réel, la baisse effective des erreurs de dispensation, des accidents iatrogènes ou des fraudes imputable à l'ordonnance numérique. Pire, la persistance du papier et la

possibilité d'annoter à la main l'ordonnance imprimée rouvrent des failles que le numérique était censé fermer, un point soulevé dans la littérature professionnelle. Quant à l'anti-fraude, la fonction clé de remontée immédiate de la dispensation n'était présente, fin 2025, que dans deux logiciels d'officine, et un incident technique de janvier 2026 a bloqué des flux de pièces justificatives. L'infrastructure est donc évaluée sur des indicateurs de déploiement, jamais sur des indicateurs de résultat clinique ou financier. La *technologie-en-pratique*, pour reprendre l'expression de Wanda Orlikowski (*Using Technology and Constituting Structures*, *Organization Science*, 2000), ne se déduit pas des propriétés inscrites par le concepteur : elle se constate dans l'usage effectif, et cet usage n'est pas mesuré du côté de ses effets.

Ce que révélera le premier bilan de la Donum

Le script de l'ordonnance numérique a bien été écrit, mais il l'a été par les éditeurs, et l'État en achète l'écriture au lieu de la maîtriser. La tension posée en ouverture n'est donc pas un défaut de mise en œuvre appelé à se résorber avec le temps : elle est la forme même de la politique choisie, une généralisation par délégation dont la statistique d'équipement dissimule le ressort. La question qui reste ouverte n'est pas de savoir si le service se diffusera, mais de savoir qui, du prescripteur ou de son logiciel, aura tenu la plume.

Un indicateur observable permettra de trancher sans accès à aucune information interne. Le bilan annuel du GIE SESAM-Vitale, publié chaque année en février, et les résultats de la première campagne Donum, appréciés au 31 décembre 2026 et versés au premier semestre 2027, publieront le taux d'ordonnances numériques effectivement exécutées et le taux d'usage retenu pour la dotation. Si ce taux d'exécution, de 25,5 % en février 2026, ne franchit pas nettement la moitié à l'horizon du bilan de février 2027, alors la généralisation aura été un fait d'équipement et non un fait d'usage, et la trajectoire de 1998, où seule une pénalité légale a fait basculer les pratiques, se répétera. Le seuil de 80 % d'usage fixé par la Donum pour 2028 constitue la seconde borne datée à surveiller.

Note méthodologique

Cette chronique s'appuie en priorité sur des sources primaires : bilan et étude de marché 2025 du GIE SESAM-Vitale, pages ameli.fr de l'Assurance maladie, doctrine du numérique en santé et documentation Ségur de l'Agence du numérique en santé, textes réglementaires cités. Les chiffres d'usage proviennent de ces sources et de la presse professionnelle spécialisée, croisée systématiquement. Plusieurs divergences ont été arbitrées. Le numéro du décret d'application de décembre 2023 apparaît tantôt sous la forme 2023-1222 (ameli.fr), tantôt sous la forme 2023-1210 (portail G_NIUS) : la première a été retenue car issue de la source institutionnelle la plus directe, la divergence étant signalée. Le taux d'exécution en officine fait l'objet d'estimations variables, un chiffre déclaratif syndical d'environ 40 % au printemps 2026 attribué à Valérian Ponsinet (FSPF) coexistant avec la donnée institutionnelle de la Cnam de 25,5 % en février 2026 (Catherine Morvan Sigward) : la donnée institutionnelle

a été privilégiée dans le corps. Le concept central retenu est le *script* de Madeleine Akrich, jugé le plus opérationnel pour nommer la délégation de l'écriture de l'usage à l'éditeur, la base installée de Hanseth et Monteiro et la technologie-en-pratique d'Orlikowski jouant un rôle secondaire. Le parallèle de la feuille de soins électronique de 1998 a été préféré à la dématérialisation des arrêts de travail et au tiers payant en raison de sa proximité structurelle maximale (adoption médiatisée par un logiciel agréé). Recherche de sources, croisement des données et structuration du raisonnement s'appuient sur une assistance par intelligence artificielle. Le choix de l'angle et du cadre théorique, la vérification des sources, les arbitrages et l'établissement du texte final relèvent de l'auteur.

Sources

Sources primaires institutionnelles

- Assurance maladie (ameli.fr), «Ordonnance numérique : un service qui facilite les échanges et le suivi des patients», mise à jour 18 août 2026, https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/ordonnance-numerique
- Assurance maladie (ameli.fr), «La nouvelle dotation numérique à compter du 1er janvier 2026», https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/nouvelle-dotation-numerique-janvier-2026
- Agence du numérique en santé, «Doctrine du numérique en santé / Ordonnance numérique», https://esante.gouv.fr/doctrine/ordonnance-numerique
- Agence du numérique en santé, financement SONS vagues 1 et 2, https://esante.gouv.fr/ens/segur-numerique-sante/vague-1/financement-sons
- GIE SESAM-Vitale, bilan annuel 2025 et étude de marché 2025 (données du 26 février 2026), https://www.sesam-vitale.fr
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 (OTSS) ; ordonnance n° 2020-1408 du 18 novembre 2020 ; décret n° 2023-1222 du 20 décembre 2023 relatif à la prescription électronique.
- Annexe DONUM à la convention médicale 2024-2029 (indicateurs socles et optionnels), sur legifrance.gouv.fr

Rapports et données chiffrées officielles

- Inspection générale des affaires sociales, revue de dépenses sur les prescriptions en ville et à l'hôpital, juin 2025 (part des prescriptions numériques des généralistes)
- Caisse nationale de l'Assurance maladie, dossier de presse «chiffres-clés du médicament», 14 janvier 2026 (130 millions d'ordonnances créées à fin novembre 2025)
- Cnam, données présentées par Catherine Morvan Sigward au salon Pharmagora Plus, 14 mars 2026 (taux d'exécution de 10,5 % en mars 2025 à 25,5 % en février 2026 ; 19 248 officines ; près de 65 000 médecins)

Cadres théoriques

- Madeleine Akrich, *The De-Scription of Technical Objects*, in W. Bijker et J. Law (dir.), *Shaping Technology / Building Society. Studies in Sociotechnical Change*, MIT Press, 1992, p. 205-224.
- Madeleine Akrich, *Comment décrire les objets techniques ?*, *Techniques et Culture*, n° 9, 1987.
- Ole Hanseth, Eric Monteiro, Morten Hatling, *Developing Information Infrastructure : the Tension between Standardization and Flexibility*, *Science, Technology and Human Values*, vol. 21, n° 4, 1996.
- Wanda J. Orlikowski, *Using Technology and Constituting Structures : A Practice Lens for Studying Technology in Organizations*, *Organization Science*, vol. 11, n° 4, 2000.

Parallèle historique

- «SESAM-Vitale», notice et chronologie du déploiement de la feuille de soins électronique (1998-1999), sources encyclopédiques et institutionnelles croisées ; loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 (pénalité pour refus de télétransmission).

Presse spécialisée

- Le Moniteur des pharmacies, articles sur l'appropriation de l'ordonnance numérique, sur le taux d'exécution en officine (déclarations de Valérian Ponsinet, FSPF) et sur la version 3 des logiciels d'officine, 2025-2026.
- TICsanté et APMnews, bilan GIE SESAM-Vitale du 26 février 2026.
- DSIH, «Numérique en santé : ce que révèle l'étude de marché 2025 du GIE SESAM-Vitale», 2026.
- Julien Moynard, «L'ordonnance numérique française sera papier», article professionnel mis en ligne le 16 mai 2025 (EM-Consulte / ScienceDirect).