

Webinaire

Médicaments à l'hôpital : [ré]agir pour moins jeter

14 avril 2026 12h-13h30



GT Terrain

Webinaire



Votre micro est automatiquement coupé.



N'hésitez pas à utiliser le fil de discussion (chat) pour rebondir, poser des questions ou commenter.

Les réponses seront apportées au cours du temps d'échanges.



Cette présentation est enregistrée.



Le support de présentation + replay + guide *[Ré]agir pour moins jeter !* vous seront transmis et disponibles sur le site du RESOMEDIT et C2DS

CO-PORTAGE DE L'ACTION COLLECTIVE "Médicaments à l'hôpital"

C2DS





Le C2DS est un réseau de 960 établissements adhérents

- centres hospitaliers universitaires, centres de lutte contre le cancer, centres hospitaliers, cliniques, Ehpad,
- de toute activité et de tous statuts juridiques.

Le comité œuvre à **réduire les empreintes carbone, hydrique, chimique et sociale du système de santé depuis 2007.**

Il collecte les bonnes pratiques de terrain inspirantes et duplicables par tous pour les partager au sein du réseau et au-delà, et les promouvoir auprès des parties prenantes.

Le C2DS anime cette communauté au travers de **12 Clubs métier mensuels.**

- Le Club Pharma du C2DS réunit environ 300 pharmaciens hospitaliers.
- Ils travaillent à réduire les impacts négatifs liés à leur activité et sont à l'initiative de cette enquête nationale.



CO-PORTAGE



RESOMEDIT : ensemble des 14 observatoires régionaux/inter-régionaux des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMÉDIT) de France métropolitaine et d'outre-mer.

OMEDIT : structure régionale d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique

Nos missions d'accompagnement



Qualité, **sécurité** liée à la prise en charge par des produits de santé



Gestion des **événements indésirables graves** associées aux soins (EIGS), participation du Réseau Régional de Vigilances et d'Appui (RRéVA)



Animation de **groupes de travail** avec les professionnels, usagers et institutions



Suivi et **analyse** des prescriptions, dispensations et utilisations des produits de santé

Expertise médico-économique, pertinence des stratégies thérapeutiques



Appui à la **contractualisation**



Mise à disposition d'**informations**, d'**outils de formations**, de **communication** et d'**évaluation** (audits, e-learning, EPP etc.)



Transition écologique



Site internet RESOMEDIT :
<https://www.resomedit.fr/>

MÉDICAMENTS À L'HÔPITAL

1

**POURQUOI
ET COMBIEN
ON JETTE ?**

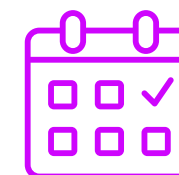
2

**[Ré]AGIR pour
moins jeter !**

OBJECTIFS

- ÉVALUER** quantitativement et qualitativement les DIMED
- IDENTIFIER** les motifs d'élimination de ces DIMED
- ESTIMER** l'impact économique et l'empreinte carbone associés aux DIMED éliminés

COLLECTE



Période de recueil
27 novembre 2024 au
16 mars 2025

(1 semaine de recueil)

ACTION COLLECTIVE

Services volontaires

PUI



Participation volontaire

> 1000 professionnels exerçant dans 210 ES

POURQUOI ET COMBIEN ON JETTE ?

CHIFFRES CLÉS

VOLUME



252 246

UCD collectées

(n=210)

VALEUR



707 591 euros

(n=210)

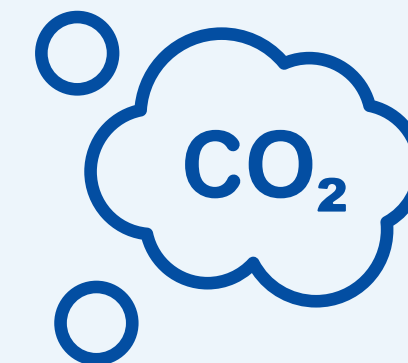
POIDS



2,14 tonnes

(n=202)

EMPREINTE CARBONE



121,98 tonnes CO2eq

(n=210)

Motifs d'élimination (répartition en volume)

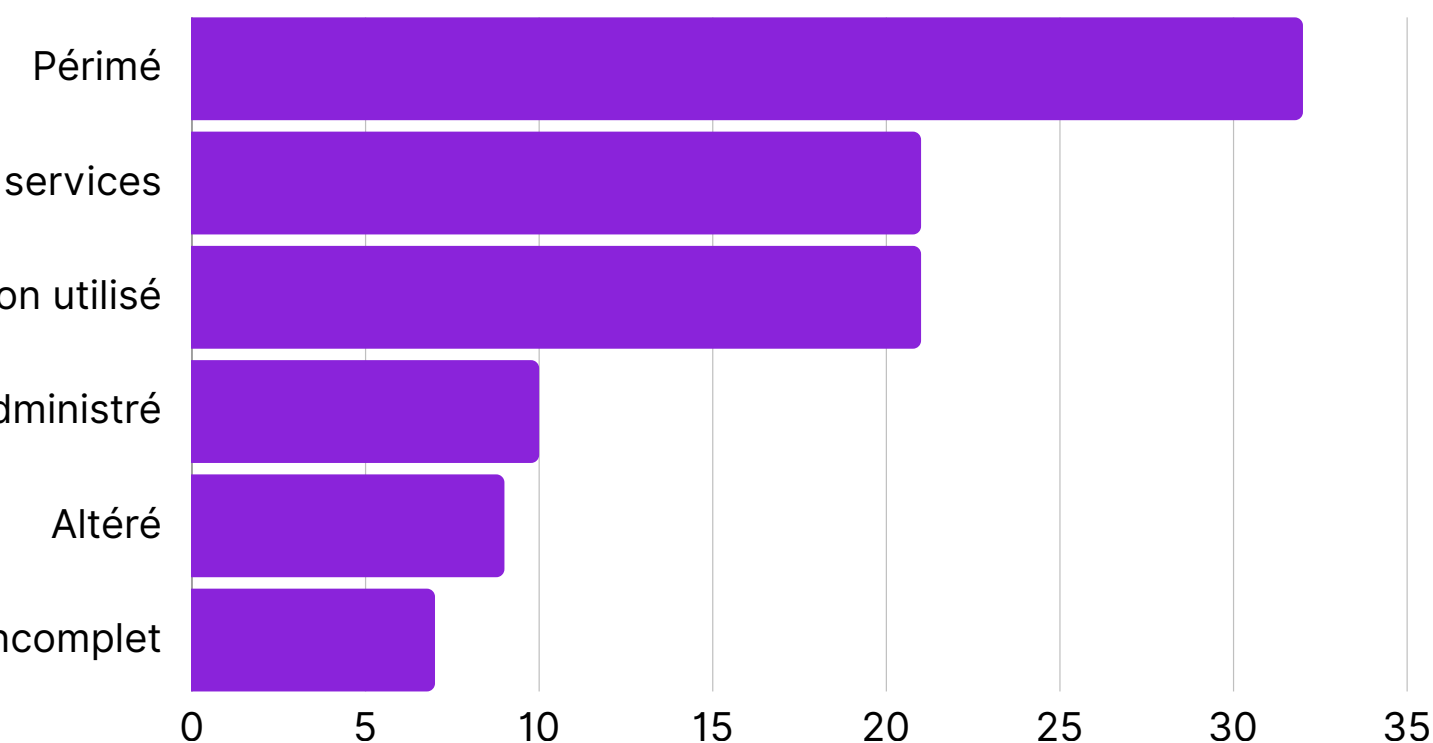
Non remise en stock PUI des retours des services

Médicament non utilisé

Non administré

Altéré

Incomplet



- Photo à un instant T (1 semaine de recueil)
- Déclaratif
- Ensemble des ressources associées à retrouver [ICI](#)

POURQUOI ET COMBIEN ON JETTE ?

RESSOURCES ASSOCIÉES

DOSSIER PRESSE



Dossier de presse

MÉDICAMENTS À L'HÔPITAL : POURQUOI ET COMBIEN ON JETTE ?

17 SEPTEMBRE 2025

- 4 LES PORTEURS DU PROJET
- 5 UNE MOBILISATION NATIONALE
- 7 LE CIRCUIT DES MÉDICAMENTS À L'HÔPITAL EN UN COUP D'ŒIL
- 8 LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ÉTUDE
- 9 LES RÉSULTATS SUR UNE SEMAINE DE RECUEIL
- 10 LES RÉSULTATS DANS LE DÉTAIL
- 14 EN SYNTHÈSE
- 17 DES PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION PAR ACTEURS
- 20 DES PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION PAR ACTEURS
- 22 VERS DES SOINS ÉCOPRESPONSABLES : LE CSDS INTERPÈLE
- 24 MESSAGES CLÉS
- 25 CALENDRIER
- 27 ANNEXES
- 28 REMERCIEMENTS



RAPPORT




Rapport national de l'enquête

MÉDICAMENTS À L'HÔPITAL POURQUOI ET COMBIEN ON JETTE ?

Septembre 2025



PROFIL ÉTABLISSEMENT



C2DS aimer la RSE en santé

Résomed-t

MÉDICAMENTS À L'HÔPITAL, POURQUOI ET COMBIEN ON JETTE ?

Restitution des résultats – Profil établissement

Dans une démarche de « santé durable » (écologiquement soutenable, socialement équitable, économiquement viable, promotrice de santé et de bien-être), votre établissement et vos équipes ont participé à l'action collective « médicaments à l'hôpital : pourquoi et combien on jette ? » (1) (menée du 25/11/2024 au 16/03/2025) destinée à :

- évaluer quantitativement et qualitativement les déchets issus des médicaments (DIMED) éliminés
- identifier les motifs d'élimination de ces DIMED
- estimer l'impact économique et l'empreinte carbone associés aux DIMED éliminés
- proposer des actions d'amélioration pour réduire les DIMED

Les données partagées par votre structure à l'OMEDIT (Observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovation thérapeutique) de votre région ont été consolidées, analysées qualitativement et quantitativement par le groupe de travail RésOMEDIT dédié (2) et l'impact carbone calculé par Ecovamed (3).


Le profil établissement présente de manière individualisée la synthèse des résultats de l'enquête pour chacun des indicateurs recueillis dans le fichier de recueil (1). Le profil de votre établissement (généré par le logiciel Qlikview) vous permettra de visualiser :

- [Etab] : vos données
- [Moyenne Nationale] ou [National] : données de l'ensemble des établissements ayant participé à l'enquête nationale
- [Catégorie Etab] : les données des établissements participants de même catégorie que votre structure (c'est-à-dire la catégorie SAE liée au fitness géographique).

Le profil de votre établissement est confidentiel. Il est adressé au référent de l'action collective pour partage et diffusion au sein de votre institution selon les modalités définies en interne. Un rapport national sera également mis à disposition. Ce dernier sera assorti de recommandations pour accompagner les acteurs dans la mise en place d'actions durables pour limiter les déchets issus des médicaments.

Pour toutes questions relatives à votre profil établissement, n'hésitez pas à contacter l'OMEDIT de votre région.

(1) Méthodologie et fichier de recueil disponibles à ce lien : <https://www.omedit-df.fr/thematiques/dechets/>
(2) Participation ARS Normandie (consolidation, compilation, statistiques) et ARS Hauts-de-France – DOS – SI Médicale et TSA (création des profils).
(3) Méthodologie Ecovamed disponible à ce lien : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959652624030257?via=ihub>



WEBINAIRE



RESTITUTION NATIONALE

Médicaments à l'hôpital : pourquoi et combien on jette ?

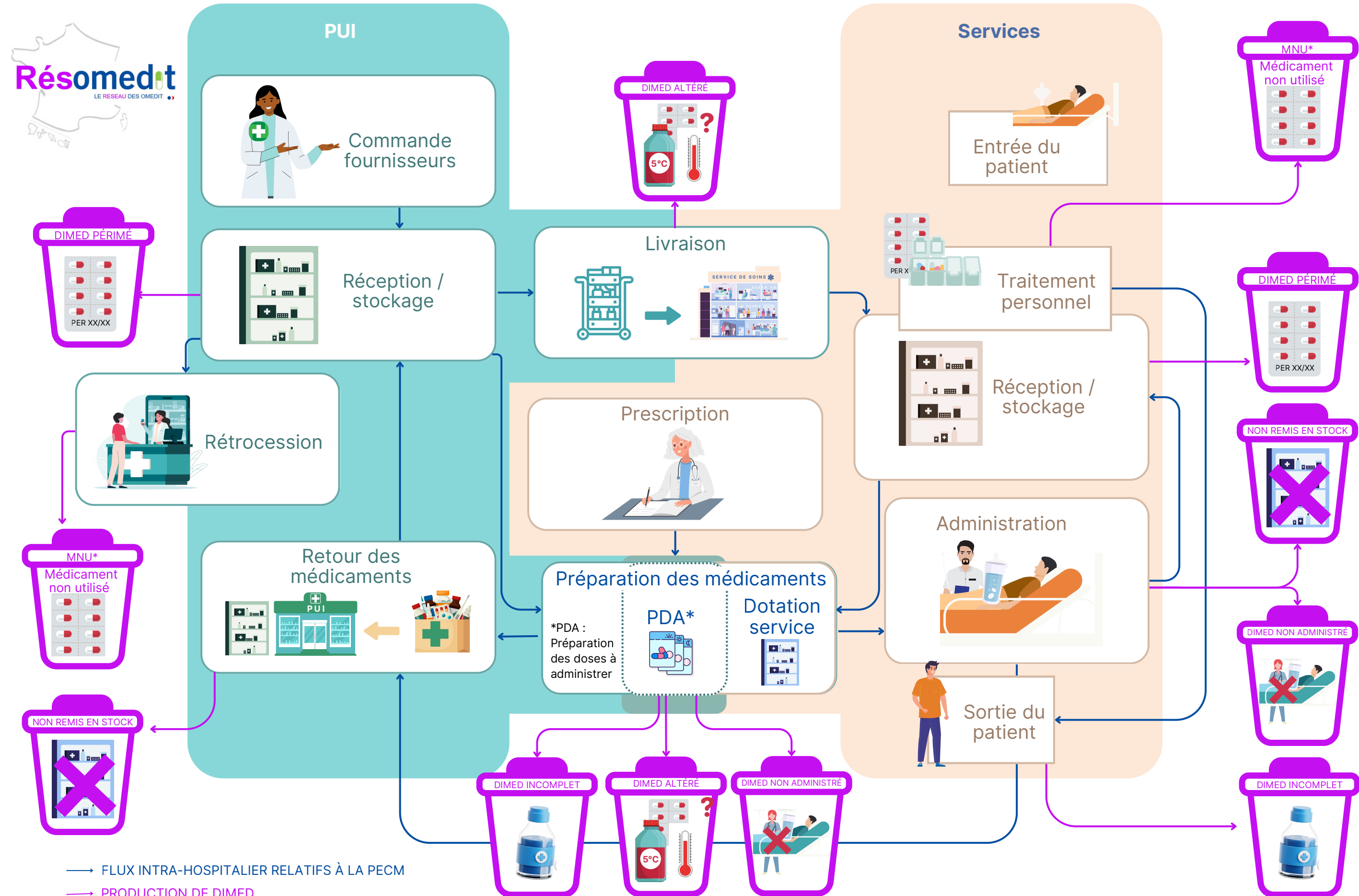
Version du 04/07/2025



- Continuité mobilisation nationale
- Objectif : proposer des recommandations concrètes/leviers d'actions afin de limiter les DIMED
- Processus complexes et interconnectés
- Approche coordonnée, interprofessionnelle
- Sobriété et écoresponsabilité des pratiques
- Amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

PROCESSUS COMPLEXES

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE¹ et motifs d'élimination des déchets issus des médicaments (DIMED²)



1. Guide : Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments (HAS - Mai 2013).
2. Guide pratique : Pour une bonne gestion des déchets produits par les établissements de santé et médico-sociaux (DGS - Mars 2016).

[RÉ]AGIR POUR MOINS JETER

1

METHODOLOGIE

2

**LEVIERS D' ACTIONS PAR MOTIF
D'ÉLIMINATION**

- Périmés
- Médicaments non utilisés
- Non remise en stock PUI des retours services
- Médicaments non administrés
- Médicaments altérés
- Médicaments incomplets
- Filières d'élimination des DIMED

3

CONCLUSION

1

- **Constitution groupe de travail à l'échelon national**

- 31 professionnels
- 3 réunions de travail
- Animé par C2DS/RESOMEDIT



2

- **Rédaction des recommandations par motif d'élimination**

- revue de la littérature scientifique et réglementaire
- Illustration par des retours d'expérience recueillis à partir d'un questionnaire
 - diffusé par le RESOMEDIT entre le 05/09/2025 et le 31/10/2025 aux ES ayant participé à l'action collective
 - 9 questions fermées + texte libre
 - participation de 80 professionnels de 68 établissements (ensemble des régions et typologies représentées, pluridisciplinaire)

3

- **Relecture**

- Relecture par membres du GT + relecteurs volontaires identifiés via le questionnaire
- Relecture par comité consultatif

- **Validation**

- **Mise à disposition des livrables**



MÉTHODOLOGIE



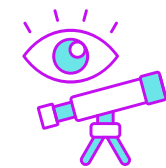
Recommandation par motif d'élimination



Les + du terrain (recueillis à partir questionnaire)



Les + du groupe de travail
(observation, point de vigilance)



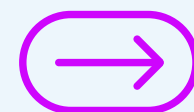
Perspectives



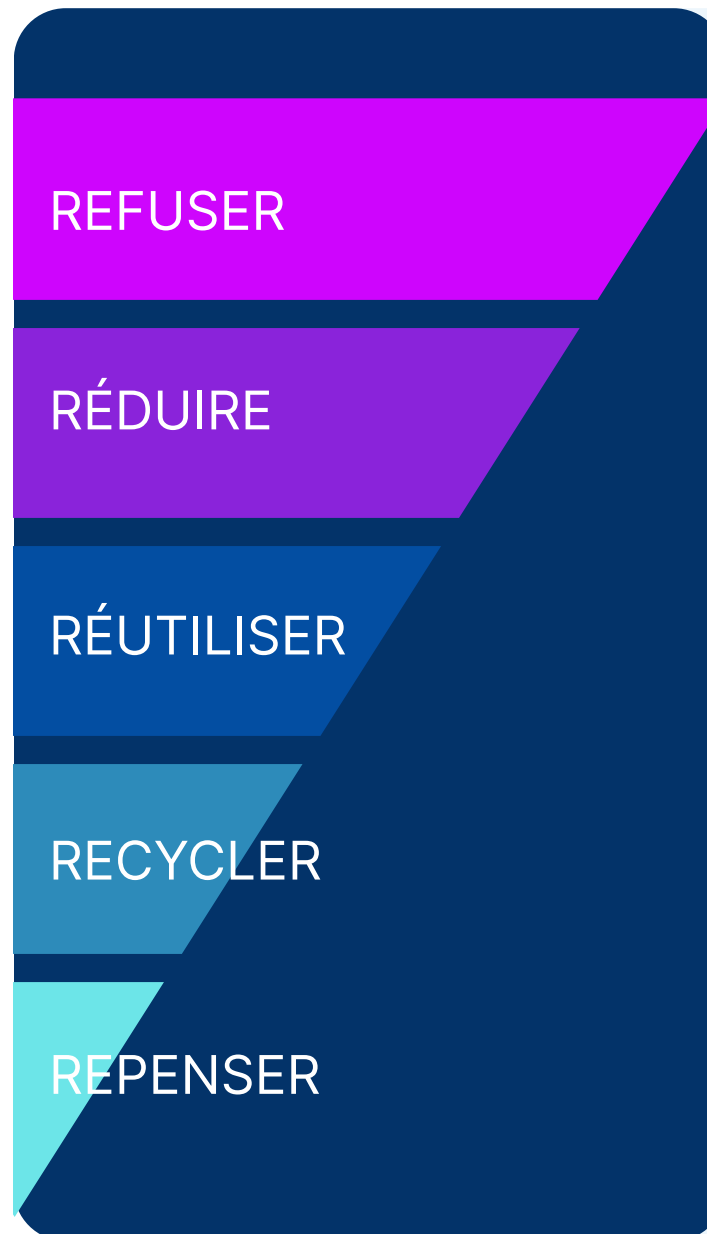
Ressource utile



FOCUS CUAP automatisation



Un guide aussi opérationnel qu'informatif



Conduire des actions durables nécessite une approche globale. Les leviers d'action proposés sont à coordonner avec d'autres missions :



de promotion des achats durables,



d'écoconception des soins et de développement des soins écoresponsables, d'écoprescription (juste prescription et déprescription), ainsi qu'avec le déploiement de la pharmacie clinique et des parcours coordonnés de prise en charge,



de formation, d'information et de sensibilisation des professionnels et des patients,



de pilotage et d'évaluation des actions dans le cadre d'une culture qualité et sécurité des soins.

Ressources utiles

- [Loi AGECE n°2020-105 du 10 février 2020](#)
- [Loi Climat et Résilience du 22 août 2021](#)
- Ministère - [Feuille de route planification écologique du système de santé](#) – Décembre 2023
- [Guide pratique -Méthodologie d'évaluation de l'empreinte carbone des médicaments](#) – Direction générale des entreprises – Juillet 2025
- Assurance Maladie - [Transition Action ! Schéma directeur de la transition écologique de l'Assurance Maladie - Avril 2025.pdf](#)
- [Rapport Cour des comptes : Le bon usage des produits de santé](#) – Septembre 2025
- Ordre National des pharmaciens : [Engager les pharmaciens dans la transition écologique](#) – Mai 2025
- Académie de médecine : [La sobriété dans le soin - un principe civique](#) – Décembre 2025
- HAS : [Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins – version 2025 \(6^e cycle\)](#).
- FHF – Fédération Hospitalière de France : [L'urgence d'agir pour préserver la santé de demain – 50 propositions à l'usage de tous les acteurs de la transition écologique en santé](#) – Novembre 2023

I. Leviers d'actions pour limiter les médicaments périmés

[32 % des médicaments éliminés (en volume)]

À la PUI

- Adapter les dotations des services
- Utiliser des outils informatiques pour aider à la gestion des péremptions
- Optimiser le livret thérapeutique
- Conduire une réflexion sur l'intervalle de temps entre la péremption effective du médicament et le retrait de stock pour péremption à venir
- Pour les médicaments coûteux, organiser un transfert de stock entre les différents sites d'un même GHT
- Mettre en place des indicateurs de suivi des médicaments périmés

Dans les services

- Optimiser les commandes des services auprès de la PUI
- Optimiser la gestion des stocks et leur rotation

À la PUI et dans les services

- Suivre régulièrement les dates de péremption et tracer ce contrôle
- Former et sensibiliser les professionnels

LIMITER LES MÉDICAMENTS PÉRIMÉS

UNE ATTENTION PARTICULIÈRE DOIT ÊTRE PORTÉE



Aux médicaments contenus dans le chariot d'urgence



Aux antidotes



Aux médicaments coûteux



À la durée de validité des médicaments livrés par le laboratoire



À la dimension « pilotage »

FOCUS ANTIDOTE

Spécialités	Nombre UCD
GLUCAGEN 1MG INJ FL+FL	182
GLUCAGEN KIT 1MG INJ FL+SRG	28
NALOXONE 0,4MG/ML AMP	144
PROTAMINE CHOAY INJ FL10ML	87
SUCCICAPTAL 200MG GELU	45
LEPTICUR 10MG INJ AMP2ML	44
FOMEPIZOLE AP-HP 5MG INJ 20ML	36
DESFERAL 500MG INJ FL+AMP	21
TOXICARB BUV FL250ML	20
DIGIFAB 40 MG PDR INJ FL	18
FLUMAZENIL 0,1MG/ML 10ML	10
FLUMAZENIL 0,1MG/ML 5ML	7
ORGARAN 750U AXA/0,6ML AMP	9
HIDONAC 5G INJ FV25ML	6
PYRIDOXINE REN 250MG 5ML	4
OCTAPLEX 500UI PERF	3
CYANOKIT 5G PERF	3
VIPERFAV PERF FV4ML	2
Total antidotes	669



Aux antidotes

Les antidotes permettent de neutraliser ou contrer les effets d'un médicament, d'un poison ou d'une toxine, précocement.

S'ils doivent être disponibles dans un délai strict, leur utilisation est cependant « rare », expliquant une péremption fréquente.

- Identifier un stock territorial ou régional d'antidotes
- Recenser les capacités logistiques pour permettre une mutualisation et un transfert efficace entre ES

Données chiffrées issues de l'exploitation de l'enquête « Médicaments à l'hôpital : pourquoi et combien on jette ? »

LIMITER LES MÉDICAMENTS PÉRIMÉS



LES + DU TERRAIN

Avez-vous identifié ou mis en place des solutions limitant la péremption des médicaments ?

OUI
86%

NON
14%

Systeme d'information

« Dans la base de données pour chaque référence de médicament, un champ est renseigné : date de première péremption. Chaque mois, la liste des médicaments à date de péremption courte est éditée. Les préparateurs en pharmacie et infirmiers les identifient pour qu'ils soient impérativement utilisés en premier. »

Armoire de stockage automatisée

« Armoire automatisée dans les services, remplissage par PUI ; requête mensuelle sur 3 mois avant péremption. »

Gestion/Organisation

« Identifier les médicaments 2 mois avant leur péremption et les donner aux services les plus utilisateurs. »
« Gestion des périmés par les préparateurs dans les services. »
« Formation des professionnels sur les rotations de stocks. »

Avez-vous un dispositif d'alerte spécifique pour les médicaments coûteux proches de la péremption ?

OUI
39%

NON
61%



LIMITER LES MÉDICAMENTS PÉRIMÉS

- [en cours ANSM] **Allonger la durée de conservation des spécialités pharmaceutiques.**
- [NON AUTORISÉ - A débattre réglementairement] **Evaluer la faisabilité/pertinence d'échanger/revendre entre PUI (de GHT différents) des médicaments arrivant proches de la péremption.**



RETOURS TERRAIN

Seriez-vous favorable à un dispositif de mutualisation des stocks (exemple plateforme régionale d'échange de médicaments proches de la péremption) ?

OUI
90%

NON
10%



RESSOURCES UTILES



TRIMED - [Hôpital Pitié Salpêtrière, APHP Sorbonne Université](#)
[Trions les médicaments et évitons les déchets](#)

ansm
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

[Allonger la durée de conservation des médicaments dans un objectif de réduction du gaspillage et de la pollution](#)
- ANSM

II. Leviers d'action pour limiter les médicaments non utilisés (MNU)

[20% des médicaments éliminés (en volume)]

LIMITER LES MÉDICAMENTS NON UTILISÉS

En établissement de santé, les MNU comprennent :

- les **traitements personnels apportés par les patients** lors d'une hospitalisation (ou d'une consultation),
- les **médicaments rétrocedés** au sein de la PUI et ramenés par les patients, en raison de modification ou d'arrêt de traitement.

Les médicaments non restitués en sortie d'hospitalisation, y compris en HAD (oubli, décès, arrêt) sont considérés comme des MNU.

Risques liés à la gestion des traitements personnels



Hétérogénéité des pratiques de stockage et de prescription,



Risque de rupture de traitement à l'admission



Risque iatrogène si le patient utilise ses médicaments en chambre sans informer l'équipe médicale.

Modalités de gestion des traitements personnels possibles selon les établissements

Non gestion :

- pas d'apport des traitements par les patients
- ou restitution immédiate à l'entourage dès l'admission

Retrait à l'admission et restitution

- intégrale ou partielle en fin d'hospitalisation
- il est recommandé de restituer les médicaments poursuivis en sortie d'hospitalisation et d'éliminer (avec l'accord du patient) les médicaments arrêtés.

LIMITER LES MÉDICAMENTS NON UTILISÉS

- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge et aux médicaments dans les établissements de santé (article 13) : « Les modalités de gestion du traitement personnel des patients sont définies afin d'assurer la continuité des soins et de garantir la sécurité du patient. Il ne devra être mis ou laissé à disposition aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits dans l'établissement ».
- Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments dans les établissements de santé (article 17) : « Sauf accord écrit des prescripteurs mentionnés à l'article 2, il ne devra être mis ou laissé à disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits et dispensés dans l'établissement. Les médicaments dont ils disposent à leur entrée leur seront retirés, sauf accord des prescripteurs précités ».
- Article R 162-32 du Code de la Sécurité Sociale : « Donnent lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité [...] le séjour et les soins avec ou sans hébergement, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient, à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R.162-32-1. »



💡 RESSOURCE UTILE

Référentiel pharmacie à usage intérieur –
Ordre national des pharmaciens – Section H
– Septembre 2023 à p 160 « traitement
personnel du patient hospitalisé »

LIMITER LES MÉDICAMENTS NON UTILISÉS

- Organiser la gestion du traitement personnel à l'hôpital**
Formaliser une procédure sur la gestion des traitements personnels au sein de l'établissement (retrait, identification nominative, conservation dans une zone de stockage sécurisée, traçabilité stricte du retrait et de la restitution) et la respecter.
- Sensibiliser les équipes soignantes aux modalités de gestion du traitement personnel**
(retrait, restitution, bonnes pratiques de traçabilité et de sécurité).
- Sensibiliser/informer** les patients concernant les modalités de gestion de ses traitements personnels à l'hôpital (intégration au livret d'accueil de la structure, explication par les équipes soignantes et pharmaceutiques).
- Suivre des indicateurs dédiés dans le cadre de la démarche qualité par la réalisation d'audit.**

LIMITER LES MÉDICAMENTS NON UTILISÉS



LES + DU TERRAIN

Avez-vous mis en place une organisation spécifique pour les patients hospitalisés pour limiter le volume de MNU jetés ?

OUI
25%

NON
75%

Gestion/Organisation

« La gestion du traitement personnel à l'hôpital est depuis toujours complexe, malgré des procédures, des audits, des actions de sensibilisation. »

Retrait

« Médicaments patients étiquetés au nom du patient. Liste répertoriant les patients qui ont des médicaments personnels en quarantaine. »

Utilisation

« Utilisation du traitement personnel du patient si mention sur la prescription hospitalière 'traitement personnel'. »

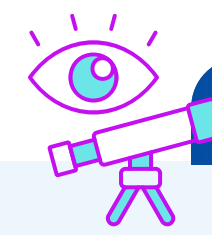
« Utilisation uniquement pour assurer la continuité de traitement le temps de s'approvisionner (immunosuppresseurs, anti VIH). »

Restitution

« Traçabilité par l'IDE de la remise du traitement personnel à la sortie patient sur le dossier patient informatisé. »

Hospitalisation à domicile

« En HAD, contrôle des stocks restants au domicile pour limiter les renouvellements au juste besoin. »



LIMITER LES MÉDICAMENTS NON UTILISÉS

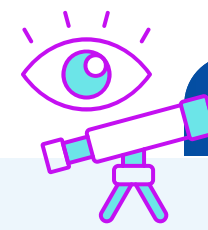
- [à venir] En établissement de santé, expérimenter la nouvelle dispensation de certains médicaments non utilisés dans le cadre de l'article 86 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 (LFSS 2026).
- [à venir] **Projet Ecomed** conduit par le groupe PharmUniK d'Unicancer : **expérimentation de collecte en milieu hospitalier de médicaments anticancéreux oraux non utilisés, en vue de leur redistribution à d'autres patients.**



Ressource utile

[en cours Etude PERIMED - Assurance Maladie, ANSM, Cyclamed] En ville, expérimenter la remise en circuit des médicaments non utilisés (boîtes non-ouvertes et non-périmées).





- **[NON AUTORISÉ - À débattre réglementairement]** En HAD, expérimenter la remise en circuit des médicaments non utilisés (boîtes non-ouvertes et non-périmées).
- **[NON AUTORISÉ - À débattre réglementairement]** Expérimenter et encadrer juridiquement l'usage des traitements personnels en cours d'hospitalisation, notamment
 - dans le cadre de maladies chroniques, où l'utilisation de spécialités multidoses nécessite un apprentissage technique (par exemple asthme/BPCO et inhalateurs, ou diabète et stylo d'insuline),
 - pour certains médicaments ne pouvant être interrompus (immunosuppresseurs, antirétroviraux, antiviraux, antiparkinsoniens, antiépileptiques) ou pour les médicaments coûteux tels que les anticancéreux oraux.



Une telle expérimentation devra définir la responsabilité de l'établissement/du pharmacien de recourir, au cours de l'hospitalisation, au traitement personnel du patient,

- sans que les conditions de conservation au domicile du patient soient garanties et que les médicaments n'aient été réceptionnés et contrôlés en amont par la PUI,
- en cas de survenue d'un évènement indésirable à déclarer en pharmacovigilance.

L'articulation éventuelle avec le PAAM (patient en auto-administration des médicaments) devra également être précisée.

Enjeux éthique et financier associés à la spécificité de certains parcours de soins :**Immunoglobulines**

- Médicaments coûteux, issus de dons de sang et en tensions d'approvisionnement.
- Les immunoglobulines sont des médicaments qui peuvent être rétrocédés directement au patient ou au prestataire de service en cas de perfusion à domicile.
- En cas de non utilisation de ces traitements, il est actuellement impossible de les réintégrer dans le stock de la PUI.

**Hospitalisation à domicile (HAD) et équilibre logistique.**

- Lors d'une HAD, des quantités importantes de cartons contenant les produits de santé nécessaires à la prise en charge du patient sont livrés directement au domicile du patient.
- En cas de décès (par exemple), ces médicaments sont retournés à la PUI et détruits.

III. Leviers d'action pour limiter les retours de service non remis en stock PUI

[20 % des médicaments éliminés (en volume)]

LIMITER LES RETOURS DE SERVICE NON REMIS EN STOCK PUI

POURQUOI ?

La remise en stock des retours des services par la PUI mobilise du temps, des ressources humaines importantes ainsi que des moyens matériels.

Lors de la remise en stock PUI, plusieurs facteurs peuvent être pris en compte :

- la disponibilité en ressource humaine et en temps,
- l'analyse de la valeur monétaire des médicaments associée au coût RH dans la stratégie de gestion des retours,
- le conditionnement du médicament retourné,
- le facteur sanitaire.

COMMENT AGIR ?

Réduction des volumes à la source

- Optimiser les commandes des services et sensibiliser les professionnels des services chargés des commandes
- Réviser/réévaluer, à une fréquence définie, les dotations de services
- Déployer des préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) pour faciliter la gestion des stocks dans les services.

Faciliter la gestion des retours de services et la remise en stock par la PUI

- Organiser un circuit de réintégration des médicaments retournés par les services.
- Former les équipes de la PUI à la gestion des retours et les équipes soignantes au bon conditionnement des médicaments retournés.
- Tracer informatiquement les retours de services (provenance, date, motif de retour, identité du patient pour les médicaments à dispensation nominative), avec idéalement des indicateurs de suivi à partager avec les services.
- Recourir à des solutions numériques pour favoriser la traçabilité et remise en stock des médicaments. Utiliser un outil de suivi des stocks intégrant des indicateurs de retours pour un ajustement continu.
- Remettre en stock les médicaments répondants aux critères de réintégration définis par l'établissement.
- Définir les modalités techniques de remise en stock : manuelle ou compatible avec l'automate de stockage / dispensation.
- Dédier du temps en ressources humaines à la gestion des retours.
- Pour les médicaments coûteux (faisant l'objet d'une traçabilité nominative), définir un circuit prioritaire.

LIMITER LES RETOURS DE SERVICE NON REMIS EN STOCK PUI



FOCUS CUAP

= réseau des professionnels de l'automatisation pharmaceutique hospitalière
Le CUAP réunit les professionnels hospitaliers autour des bonnes pratiques et de
l'usage optimisé des automates en pharmacie.

Apport de l'automatisation

- Levier stratégique de sécurisation du circuit
- Suivi optimisé des stocks et des péremptions
- Traçabilité des dispensations et des consommations en temps réel
- Limitation des tâches répétitives pour libérer du temps humain sur des missions à plus fortes valeurs ajoutées.

Concernant le versant RSE, les différents types d'automates ont des impacts variés car ils reposent sur des fonctionnements différents. Les principaux points d'attentions sont :



le recours aux consommables et leurs modalités de recyclage,



la gestion des médicaments non administrés/retours,



la gestion des reliquats de boîtes/flacons,



les déchets engendrés par l'automate,



la prise en compte du versant RSE dans le développement de la technologie.



[Focus CUAP] Apport de l'automatisation et prise en compte du versant RSE à retrouver en intégralité dans le guide "Médicaments à l'hôpital : [Ré]agir pour moins jeter !"



Site internet CUAP :
<https://cuap.eu/>

LIMITER LES RETOURS DE SERVICE NON REMIS EN STOCK PUI

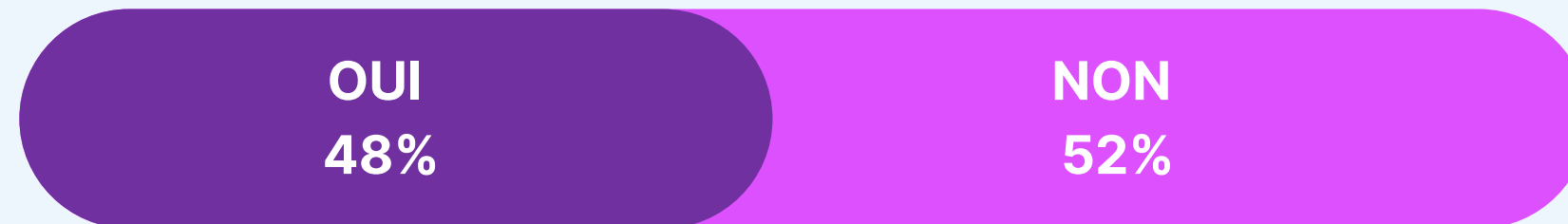


LES + DU TERRAIN

Avez-vous identifié ou mis en place des organisations limitant les retours des médicaments des unités de soins ?

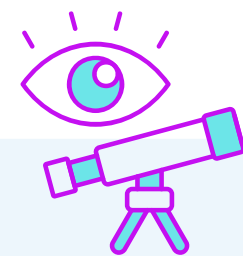


Avez-vous identifié ou mis en place des solutions favorisant la remise en stock à la PUI ?



Avez-vous défini un montant seuil (euros) de réintégration dans le stock de la PUI ?





À la main des industriels

- Généraliser le conditionnement unitaire pour les spécialités agréées aux collectivités (notamment pour les formes orales sèches).

À la main des instances nationales

- Inciter les industriels à proposer un conditionnement unitaire pour les formes pharmaceutiques le permettant.

LES + DU GROUPE DE TRAVAIL



Cette recommandation **impacte chaque motif d'élimination**.

Il s'agit d'une mesure essentielle dont l'application aurait :

- un **impact environnemental** (par la réduction des DIMED, quel qu'en soit le motif),
- **économique** (arrêt du surétiquetage/surconditionnement, activité consommatrice tant de ressources humaines en terme de réalisation et de contrôle, que de matériels),
- **sociétal** (gains de temps pour les équipes, notamment pharmaceutiques qui pourront consacrer du temps à d'autres missions),
- **et sanitaire** (optimisation de la gestion des stocks, sécurisation de la prise en charge médicamenteuse).

IV. Leviers d'action pour limiter les médicaments non administrés

[9,9 % des médicaments éliminés (en volume)]

LIMITER LES MÉDICAMENTS NON ADMINISTRÉS

Le motif d'élimination « non administré » concerne principalement :

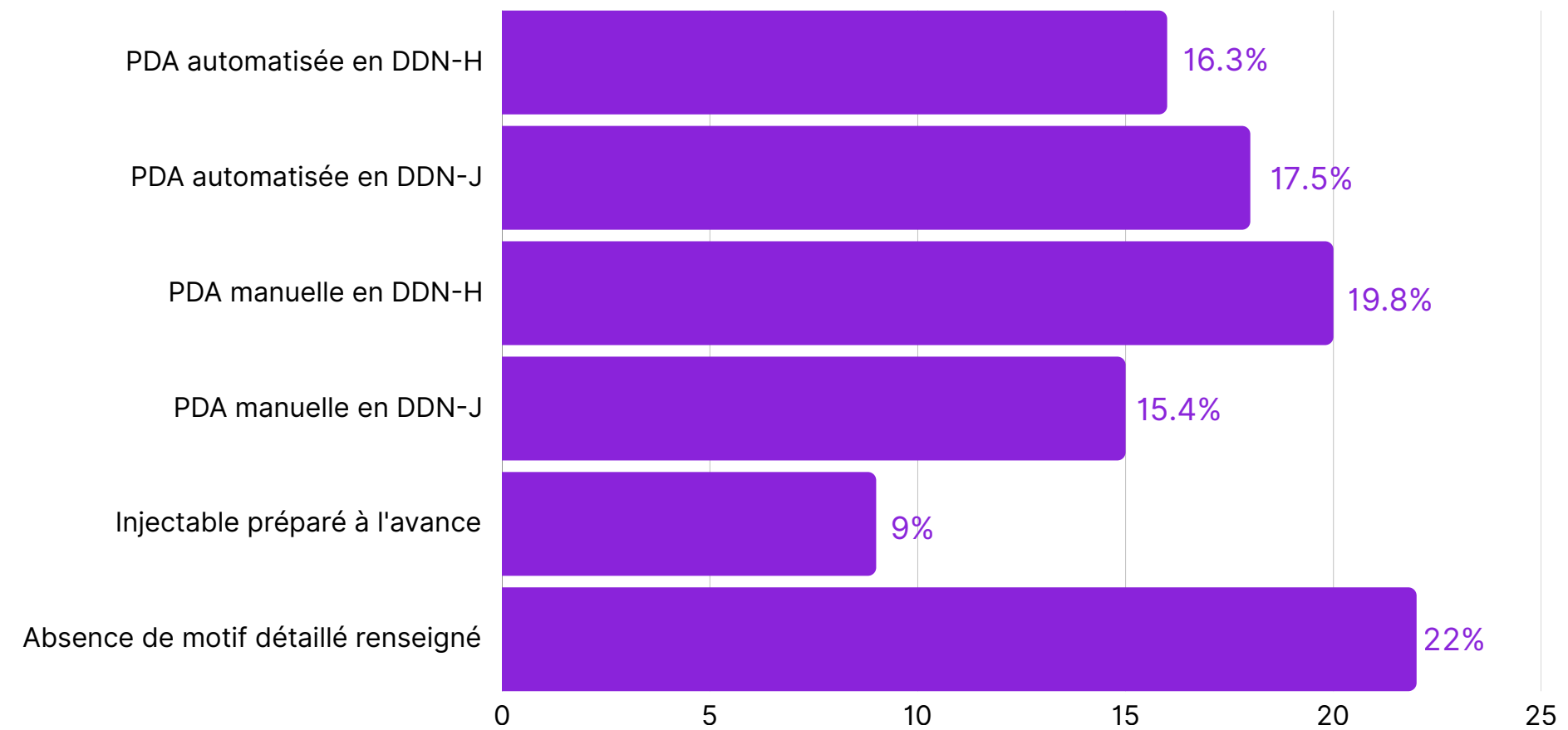


- les injectables préparés à l'avance (poches, seringues, seringues autopulsées ...),



- les DIMED issus de la préparation des doses à administrer (PDA).

Motifs d'élimination détaillés des DIMED non administrés (répartition en volume)





ATC2	DCI	Spécialités	Nombre UCD
ANESTHESIQUES	PROPOFOL	PROPOFOL 10MG/MLA20ML	174
MEDICAMENTS POUR LES DESORDRES FONCTIONNELS GASTRO-INTESTINAUX	ATROPINE	ATROPINE 0,5MG/ML	151
MEDICAMENTS OPHTALMOLOGIQUES	APROKAM	APROKAM 50MG +10AIG	115
MEDICAMENTS POUR CARDIOLOGIE	NORADRENALINE	NORADRENALINE 2MG/ML4ML	88
ANALGESIQUES	ACUPAN	ACUPAN 20MG AMP2ML	76
ANTIPILEPTIQUES	LACOSAMIDE	LACOSAMIDE 10MG/ML20ML	60
MEDICAMENTS POUR CARDIOLOGIE	EPHEDRINE	EPHEDRINE 3MG/MLSP10ML	45
ANESTHESIQUES	PROPOFOL	PROPOFOL 10MG/ML100ML	34
MYORELAXANTS	TRACRIUM	TRACRIUM 25MG/2,5ML AMP	33
HORMONES HYPOPHYSAIRES, HYPOTHALAMIQUES ET ANALOGUES	OXYTOCINE	OXYTOCINE 5UI/ML AMP1ML	31

LIMITER LES MÉDICAMENTS NON ADMINISTRÉS

Données chiffrées issues de l'exploitation de l'enquête « Médicaments à l'hôpital : pourquoi et combien on jette ? »

**Pour les injectables préparés à l'avance**

- Mener des audits ciblés sur les médicaments injectables préparés à l'avance
- Réévaluer, de manière pluridisciplinaire, les protocoles de soins concernés par les préparations anticipées d'injectables
- Appliquer les recommandations des sociétés savantes
- Favoriser, lorsque cela est possible, les présentations pharmaceutiques prêtes à l'emploi disponibles sur le marché afin de limiter les préparations anticipées
- Respecter les bonnes pratiques de préparations des médicaments injectables
- Sensibiliser les équipes médicales et soignantes aux enjeux liés aux préparations anticipées

LIMITER LES MÉDICAMENTS NON ADMINISTRÉS

RECOMMANDATIONS



PREMIER
RÉFÉRENTIEL
NATIONAL
POUR UN BLOC
ÉCO-RESPONSABLE



REPENSER LA PRÉPARATION EN AVANCE DES MÉDICAMENTS ET DM

- En dehors d'une situation d'urgence attendue ou prévisible, pour les professionnels d'anesthésie : préparer juste avant leur utilisation les médicaments uniquement nécessaires à l'anesthésie d'un patient donné, plutôt qu'une préparation systématique en amont.
- Pour les professionnels d'anesthésie : utiliser préférentiellement des seringues préremplies sous blister pour les médicaments à usage occasionnel lorsqu'ils en disposent, plutôt que de préparer à l'avance ces médicaments dans des seringues classiques devant être jetées à la fin de l'intervention si non utilisées. Cela permet de diminuer l'impact environnemental de l'anesthésie générale.
- Adapter les pratiques et les protocoles afin d'utiliser les conditionnements les plus adaptés aux besoins médicamenteux prévisibles, et donc d'éviter le gaspillage.



AJUSTER PRESCRIPTIONS ET GALÉNIQUE

- Privilégier les formes orales sèches (comprimés, gélules, sachets) plutôt que les solutions buvables ou les formes parentérales.
- Associer des alternatives non médicamenteuses à chaque fois que possible (casque de réalité virtuelle d'hypnose, patient debout pour suppression de la prémédication, aromathérapie, etc.).
- Standardiser les protocoles avec des préparations utilisant des flacons entiers pour réduire l'iatrogénie médicamenteuse et le gaspillage dans un contexte de pénurie pour l'héparine sodique administrée en pousse-seringue.



LIMITER LES MÉDICAMENTS NON ADMINISTRÉS



RESSOURCES



[SFAR/C2DS : Guide pratique du développement durable au bloc opératoire - 2017](#)



[Vidéo C2DS Club ACV Soins : Gaspillage Médicamenteux étude Observationnelle En Réanimation \(Etude Game-Over\) – Dr E. d'Aranda – 10/2025](#)



[Article : The GAME-OVER multicenter prospective observational study – 02/2025](#)



[Groupe REAGIR de la SRLF](#)



LIMITER LES MÉDICAMENTS NON ADMINISTRÉS

	ATC2	DCI	Spécialités	Nombre UCD
1	PSYCHOLEPTIQUES	OXAZEPAM	SERESTA 10MG CPR	1046
2	SUPPLEMENTS MINERAUX	POTASSIUM CHLORURE	DIFFU-K 600MG GELU	583
3	ANALGESIQUES	PARACETAMOL	PARACETAMOL 500MG GELU	550
4	ANTIHYPERTENSEURS	ALPRAZOLAM	ALPRAZOLAM 0,25MG CPR	331
5	ANTITHROMBOTIQUES	APIXABAN	ELIQUIS 2,5MG CPR	262
6	DIURETIQUES	FUROSEMIDE	FUROSEMIDE 40MG CPR	262
7	PREPARATIONS ANTIANEMIQUES	ACIDE FOLIQUE	ACIDE FOLIQUE 5MG CPR	247
8	MEDICAMENTS POUR LES TROUBLES DE L'ACIDITE	PANTOPRAZOLE	PANTOPRAZOLE 20MG CPR	237
9	PSYCHOLEPTIQUES	ZOPICLONE	ZOPICLONE 3,75MG CPR	214
10	ANALGESIQUES	PARACETAMOL	DOLIPRANE 500MG GELU	203
11	PSYCHOLEPTIQUES	OXAZEPAM	SERESTA 50MG CPR SECAB	198
12	BETABLOQUANTS	BISOPROLOL	BISOPROLOL 2,5MG CPR	185
13	INHIBITEURS CALCIQUES	AMLODIPINE	AMLODIPINE 5MG GELU	181
14	ANTITHROMBOTIQUES	APIXABAN	ELIQUIS 5MG CPR	180
15	AGENTS MODIFIANT LES LIPIDES	ATORVASTATINE	ATORVASTATINE 40MG CPR	161
16	MEDICAMENTS DE LA THYROIDE	LEVOTHYROXINE SODIQUE	LEVOTHYROX 25µG CPR	155
17	PSYCHOLEPTIQUES	ZOPICLONE	ZOPICLONE 7,5MG CPR	154

Données chiffrées issues de l'exploitation de l'enquête « Médicaments à l'hôpital : pourquoi et combien on jette ? »

LIMITER LES MÉDICAMENTS NON ADMINISTRÉS



Pour les DIMED issus de la PDA

- Exclure les médicaments prescrits de manière « conditionnelle » ou en « si besoin » de la PDA et constituer une dotation dans le chariot de soins pour les produits les plus fréquemment utilisés
- Synchroniser les temps de visite médicale/prescription, analyse pharmaceutique/validation de la prescription, production/préparation des doses afin d'optimiser la prise en compte des modifications thérapeutiques survenant après la préparation des doses
- En cas de transfert du patient vers un autre service de l'établissement, s'assurer que les traitements du patient soient remis au nouveau service (sous réserve de poursuite de ces traitements)
- Adapter la périodicité de dispensation à délivrance nominative : quotidienne ou hebdomadaire
- Favoriser le conditionnement unitaire ou, à défaut, mettre en place le sur-conditionnement des médicaments
- Former et sensibiliser les équipes soignantes
- Mettre en place un suivi d'indicateurs



Recommandations générales

Partant du paradigme zéro déchet, à savoir que le meilleur déchet est celui que l'on ne produit pas, les règles de gestion suivantes peuvent être recommandées dans un contexte d'automatisation :

- Évaluer le périmètre des médicaments à automatiser
- Exclure les traitements conditionnels ("si besoin") de la PDA
- Synchroniser les temps de validation prescription - production - administration
- Réfléchir le livret thérapeutique
- Réviser les prescriptions dans une logique de pharmacie clinique avec désescalade et déprescription
- Décentraliser la PDA hors PUI
- Étudier les différentes possibilités de consommables utilisés par les automates
- Valoriser le temps humain libéré
- Recourir à des ergonomes
- Travailler au sein de l'établissement à l'organisation des filières pour améliorer la collecte, la bonne orientation des consommables qui peuvent être recyclés
- Continuer le travail de lobbying auprès des fabricants pour obtenir des conditionnements adaptés aux différents automates et circuits

V. Leviers d'action pour limiter les médicaments altérés

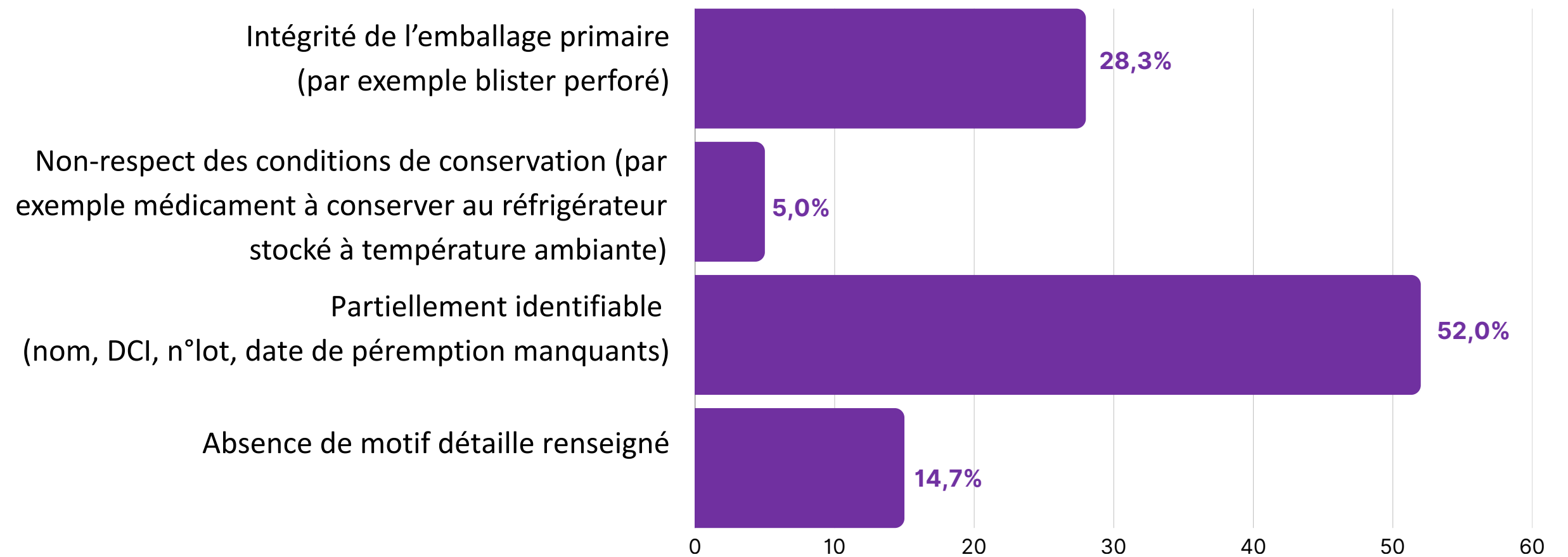
[9,9 % des médicaments éliminés (en volume)]

LIMITER LES MÉDICAMENTS ALTÉRÉS

Les médicaments altérés sont ceux devenus impropres à l'usage prévu, pour lesquels la qualité, la sécurité ou l'efficacité ne peuvent plus être garanties.

- Identification partielle ou illisible
- Altération de l'intégrité de l'emballage primaire
- Non-respect des conditions de conservation

Motifs d'élimination détaillés des DIMED altérés (répartition en volume)



LIMITER LES MÉDICAMENTS ALTÉRÉS

- Garantir le respect des bonnes pratiques de stockage, transport et de conservation des médicaments (à la PUI et en unité de soins)
- Pour les médicaments à conserver entre +2°C et + 8°C
 - équiper le réfrigérateur (et/ou congélateur) d'un système de mesure de la température automatique avec alarme (pour agir le plus rapidement possible en cas d'excursions thermiques) et permettant la traçabilité des enregistrements en temps réel des températures,
 - s'appuyer sur les fiches de bonnes pratiques et de bon usage disponibles
[[ressource utile : OMEDIT Centre-Val-de-Loire version février 2026](#)],
 - disposer rapidement d'informations fiables précisant la conduite à tenir en cas d'excursion thermique par spécialités pharmaceutiques et selon la durée de l'excursion thermique.
[[ressource utile : OMEDIT Normandie – Gestion des excursions de température](#)]
- Pour les formes buvables, formes externes multidoses
 - apposer et renseigner systématiquement une étiquette sur le flacon indiquant la durée de conservation après ouverture ET la date d'ouverture ET la date de fin d'utilisation,
 - pour identifier facilement les durées de conservation, s'appuyer sur les outils à disposition mis à jour régulièrement.
[[ressource utile : Liste OMEDIT Normandie et EPSM de Caen](#)]
- Sur-étiqueter/conditionner en doses unitaires à la PUI (blisters, flacons de forme orale sèche...)

Données issues de l'enquête "Médicaments à l'hôpital : pourquoi et combien on jette ?"	Nombre d'ES (n=208)	Moyenne DIMED collectés
Établissements avec solutions de conditionnement et/ou de sur-étiquetage	169	6,05 UCD/lit et semaine
Établissements sans solutions de conditionnement et/ou de sur-étiquetage	39	11,09 UCD/lit et semaine

- Mettre en place un suivi des incidents liés aux altérations



Avez-vous identifié ou mis en place des solutions limitant ces médicaments altérés jetés ?

OUI
19%

NON
81%

Identification du médicament

- « Campagnes des centrales d'achat favorisant le conditionnement unitaire »
- « Surconditionnement et surétiquetage »

Sensibilisation relative à l'intégrité de l'emballage

- « Affiche rappelant les règles de bonne découpe des blisters »
- « Information sur le découpage des blisters »
- « Sensibilisation en service »

Stylo insuline

« Réflexion en cours pour permettre d'identifier les stylos d'insuline non ouverts. Pour les stylos en dispensation nominative : étiquette apposée entre le capuchon et le corps du stylo par le préparateur au moment de la dispensation (étiquette patient + étiquette à retirer par IDE si utilisation du stylo). Permet en cas de retour service, de réintégrer le stylo en stock car dans le doute, le stylo est jeté systématiquement. »

VI. Leviers d'action pour limiter les médicaments incomplets

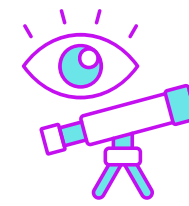
[7,2% des médicaments éliminés en volume]

DEFINITION

Le motif « incomplet » concerne les médicaments utilisés partiellement, tels que les conditionnements multidoses (buvables, inhalateurs, stylos à insuline...) destinés à un patient unique.

COMMENT AGIR ?

- (Ré)évaluer la prescription, de manière concertée, compte-tenu du rapport bénéfice/risque
 - interrompre ponctuellement le traitement durant le temps de l'hospitalisation,
 - ou le cas échéant proposer une alternative thérapeutique sous un conditionnement non multidose (non possible systématiquement)
- En cas de transfert du patient vers un autre service de l'établissement, s'assurer que les traitements du patient soient remis au nouveau service (sous réserve de poursuite de ces traitements)
- Mettre en place un suivi des médicaments incomplets éliminés pour identifier les molécules et services les plus concernés, et orienter les actions correctives



- [**PRATIQUE NON RECOMMANDÉE DANS LES RÉFÉRENTIELS - À débattre réglementairement**]
Pour les formes buvables multidoses, mener une réflexion sur l'utilisation d'un même flacon pour plusieurs patients

- [**NON MENTIONNÉ DANS LES RÉFÉRENTIELS - À clarifier réglementairement**]
En sortie d'hospitalisation (retour au domicile ou transfert dans un autre établissement), remettre au patient les conditionnements multidoses dispensés nominativement et entamés lors de l'hospitalisation



Cette recommandation participerait à rendre le patient acteur de son parcours de soins et à optimiser la continuité ville-hôpital.

VII. Filières élimination des DIMED

FILIÈRES D'ÉLIMINATION DES DIMED À L'HÔPITAL

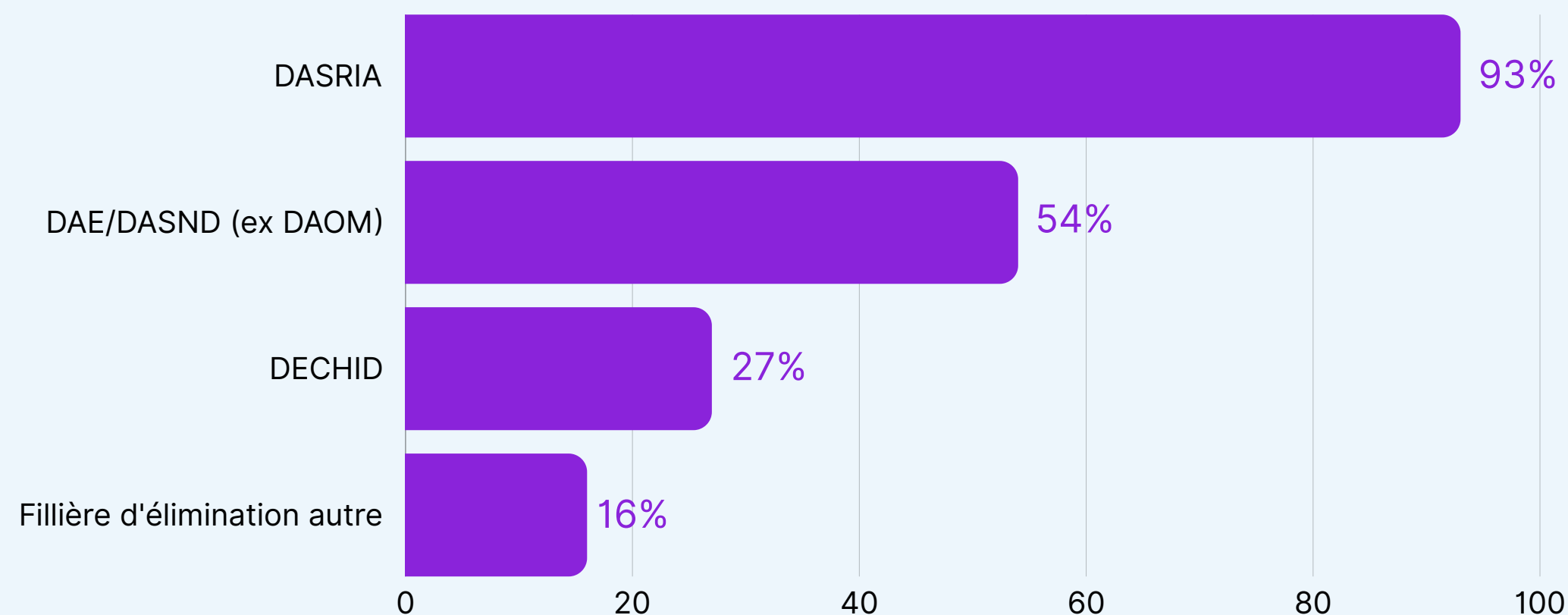


LE SAVIEZ-VOUS ?

Origine du terme DIMED

Il s'agit d'une création *ex nihilo* dans le cadre du « Guide pratique pour une bonne gestion des déchets produits en établissements de santé et médico-sociaux » de 2016, ministère chargé de la santé (pas de source réglementaire ou législative de cette terminologie).

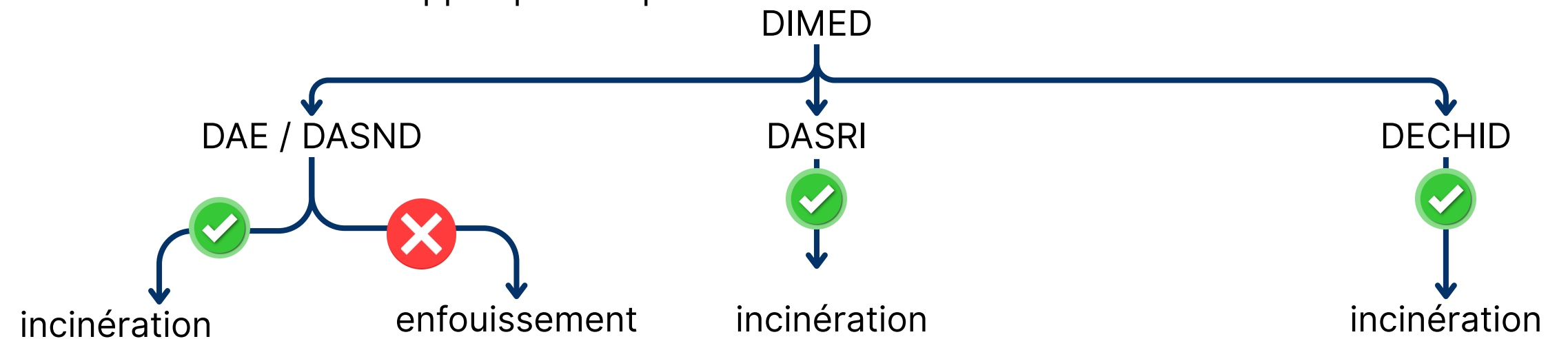
Filières d'élimination des DIMED utilisées par les établissements



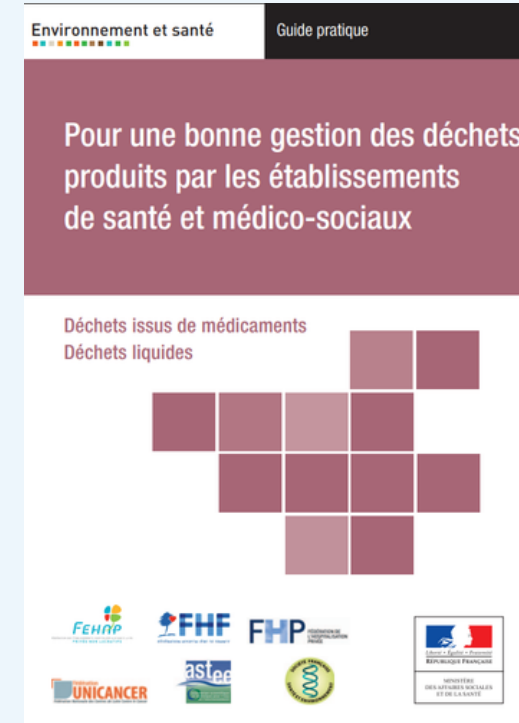
FILIÈRES D'ÉLIMINATION DES DIMED À L'HÔPITAL

COMMENT AGIR ?

- Les DIMED hospitaliers (hors stupéfiants, hors cytotoxiques et hors cytostatiques qui ont des filières définies) doivent être éliminés via une filière garantissant l'incinération des déchets.
- Pas d'enfouissement en raison du risque de contamination environnementale potentielle, notamment des eaux, par écoulement dans les nappes phréatiques.



- Identifier/Définir la/les filière(s) d'élimination des DIMED selon leurs typologies au sein de sa structure
- S'assurer que les procédures d'élimination des déchets d'activités associés aux soins intègrent les DIMED
- Former régulièrement les équipes médicales, soignantes et pharmaceutiques
- Sensibiliser les patients aux modalités d'élimination des médicaments
- Conduire des audits de pratique à la PUI et dans les unités de soins



Le **Guide pratique « pour une bonne gestion des déchets produits en établissements de santé et médico-sociaux »** recommande de mettre en place, pour une gestion opérationnelle et adaptée des DIMED, deux filières :

- une spécifique aux DIMED cytotoxiques cytotostatiques ;
- l'autre dédiée aux DIMED hors cytotoxiques hors cytotostatiques.

Cela permettrait d'harmoniser les pratiques entre la ville et l'hôpital, à l'image de la filière Cyclamed en ville.

LES + DU GROUPE DE TRAVAIL



d'un point de vue économique, le coût diffère en fonction de la typologie des filières et des établissements (appel d'offres, ...).



les recommandations peuvent varier en fonction du territoire (gestion des DAE/DASND par exemple incinération ou enfouissement).



Guide



Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles - Guide « Déchets d'activités de soins : comment les éliminer » - tome 1 : les déchets d'activités de soins à risques infectieux.

Le tome 2, à paraître, portera sur la gestion des déchets à risque chimique, toxique et radioactif ainsi que l'élimination des déchets avec une composante électronique

Retours d'expérience



La gestion des déchets issus de médicaments
(Annexe 5 du « Guide pratique pour une bonne gestion des déchets produits en établissements de santé et médico-sociaux »).



Recyclage du verre médicamenteux au CHI Elbeuf



Liquidimed : une gestion écoresponsable des déchets médicamenteux liquides CH Cannes Simone Veil

Conclusion

CONCLUSION

REDUIRE LES DIMED EST POSSIBLE

IMPERATIF de BON SENS ET RESPONSABILITE au croisement d'enjeux éthiques, environnementaux, sociétaux, sanitaires et économiques.

APPROCHE GLOBALE/TRANSVERSALE

PAS 1 ACTION → synergie des actions

PAS 1 ACTEUR → impliquer l'ensemble des parties

AVANCER DE MANIERE COLLECTIVE ET COORDONNEE

DYNAMIQUE DE CONDUITE DU CHANGEMENT



PROCHAINEMENT : LANCEMENT 2ème CAMPAGNE
“Médicaments à l’hôpital : pourquoi et combien on jette”

Groupe de travail.

- BASSET Jérôme – cadre de santé CHU de Montpellier
- BAUDON-LECAME Marie – pharmacien CHU de Caen
- BERNERON Agnès – pharmacien Hôpital Privé Arras les Bonnettes
- BOISSINOT Léa – pharmacien OMEDIT Ile-de-France
- BONNEFOUS Monique – pharmacien responsable OMEDIT Occitanie
- BOUGLE Céline – pharmacien responsable OMEDIT Normandie
- BOURNE Cindy – pharmacien CH de Crest
- BRICHART Philippine – pharmacien CH Valenciennes
- CAPART Justine – cadre de santé CHU de Montpellier
- CAU-TRAINAUD Alexandra – pharmacien CH Lannion
- CHAMPION Julie - chargée de missions développement durable – RSE CH de Valenciennes
- CHANTON Sylvie – pharmacien CH de Cannes
- CORNY Jennifer – pharmacien Hôpital La Porte Verte
- DECOENE Anaëlle - pharmacien CH de Dunkerque
- DIAGOURAGA Djibril - pharmacien CHU de Rouen
- EYCHENIE Hélène – pharmacien responsable OMEDIT Ile-de-France
- FORTRIE Léa – pharmacien CH de Dunkerque
- FUSS Damien – pharmacien CHU de Rouen
- GOURIO Charlotte – pharmacien CHU de Caen
- GUELLEC Corinne – pharmacien CH de Gordes
- JACCOD-DENEUVILLE Marie-Odile – pharmacien Grand Hôpital de l'Est Francilien
- LIOU-SCHISCHMANOFF Amélie – pharmacien AP-HP - Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière
- MARIE-DARAGON Armelle – pharmacien CHU de Limoges
- MORAT Morgane - coordinatrice projets RSE CHU de Montpellier
- MUNDUTEGUY Hélène – pharmacien CH de Coutances
- PERONNAUD Ambre - interne en pharmacie OMEDIT Bretagne
- PIRIOU Gilles – pharmacien responsable OMEDIT Bretagne
- ROUDAUT Myriam – pharmacien OMEDIT Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe Guyane
- SCHERER Léontine – pharmacien AP-HP - Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière
- SOLANS Violaine – pharmacien OMEDIT Centre-Val de Loire
- WINKLER Wiebke – cheffe de projets C2DS

Merci aux pharmaciens du CUAP pour la rédaction du focus « Automatisation et déchets de médicaments » : SUJOL Guillaume (président CUAP, GCS Pharmacopée CH L-J Grégory-Thuir), BUKATO Fabienne (CH Compiègne), CANON Olivier (CH Arras), LAGRANGE Fabrice (CH spécialisé Pierre Léo), MOINE Marion (Hôpital Foch), PERELLO Laurent (HUS Strasbourg), AUDEBERT Sigrid (EHPAD Terre-Nègre), TCHOGOUOC Isabelle (CH Saint-Dizier).

Relecteurs

BERTHE Anaïs – pharmacien CHI Elbeuf
CARPENTIER Isabelle – pharmacien responsable OMEDIT Hauts-de-France
CHEDRU LEGROS Valérie – pharmacien CHU Caen Normandie, Hôpital Côte de Nacre
DERHAROUTUNIAN Corinne – pharmacien CH Vienne
LE MEUR Catherine – pharmacien gérant Hôpital privé d'Antony
MARION Anne-Sophie – cadre de santé CH Ploërmel
PERROT Sylvie – cadre de santé CH de Cannes
PETIT Julien – pharmacien OMEDIT Hauts-de-France

Comité consultatif

DORLEANS Isabelle - Haute Autorité de Santé, chef de projet – référente suivi et développement de la Certification; Service Certification des établissements de santé

BARTHELEMY Julien - Ordre national des pharmaciens - Section H, Conseiller Ordinal Section H

Groupe de travail Société française de pharmacie clinique - SFPC/CERES (coordonné par SOUBIEUX Annaëlle, pharmacien CHU de Rouen).

Temps d'échanges

Merci !



GT Terrain