

AÉROSOLTHÉRAPIE

RÈGLES DE PRESCRIPTION ET DE PRISE EN CHARGE DES SPÉCIALITÉS ADMINISTRÉES EN AÉROSOLTHÉRAPIE PAR NÉBULISATION

MÉDECINS



DCI* Spécialités pour aérosolthérapie	Indications thérapeutiques	Conditions de prescription	Prise en charge par l'Assurance Maladie	
			Médicaments	LPP Aérosolthérapie
Ipratropium ATROVENT® et génériques 0,25 MG / 1 ML 0,25 MG / 2 ML 0,5 MG / 1 ML 0,5 MG / 2 ML	ENFANTS + nourrissons pour le Salbutamol Traitement symptomatique des asthmes aigus graves. (R)	Initiations et renouvellements réservés aux spécialistes en : - pédiatrie, SPE - pneumologie.	✓ Respect des indications AMM et prescripteur habilité. = Prise en charge	OUI
Salbutamol VENTOLINE® et génériques 2,5 MG / 2,5 ML 5 MG / 2,5 ML			X Indication hors AMM ou X Prescripteur non habilité ou X Usage professionnel en cas d'urgence. = Absence de prise en charge	
Terbutaline BRICANYL® et génériques ⁽¹⁾ 5 MG / 2 ML				
	ADULTES - Traitement symptomatique des asthmes aigus graves. (R) - Traitement des poussées aiguës de BPCO. (R)	Administration possible par tout médecin intervenant en situation d'urgence ou dans le cadre d'une structure d'assistance médicale mobile ou de rapatriement sanitaire. → Mention "Usage professionnel" sur l'ordonnance.		NON⁽³⁾

*DCI : Dénomination commune internationale. | (R) : Remboursable. | (NR) : Non remboursable.

⁽¹⁾ Arrêt de commercialisation au 29/05/2025 pour BRICANYL® et PULMICORT®.

⁽²⁾ Lorsque les inhalateurs pressurisés ou à poudre sèche ne peuvent pas être utilisés ou sont inadaptés.

⁽³⁾ Pas de prise en charge de la prestation d'aérosolthérapie si pas de prise en charge des spécialités.

DCI* Spécialités pour aérosolthérapie	Indications thérapeutiques	Conditions de prescription	Prise en charge par l'Assurance Maladie	
			Médicaments	LPP Aérosolthérapie
Béclométhasone BECLOSPIN® et génériques 400 µG / 1 ML 800 µG / 2 ML	ENFANTS - Traitement continu de l'asthme persistant sévère.⁽²⁾ (R) - Traitement des épisodes récurrents de sibilances chez l'enfant ≤ 5 ans. (NR) ADULTES ET ADOLESCENTS ≥ 12 ANS - Traitement continu de l'asthme persistant sévère.⁽²⁾ (NR)	Liste I Pas de restriction de spécialité.	✓ Indication thérapeutique remboursable.	 OUI
			✗ Indication non remboursable.	 NON⁽³⁾
Budésonide PULMICORT® et génériques ⁽¹⁾ 0,5 MG / 2 ML 1 MG / 2 ML	ENFANTS, ADOLESCENTS ET ADULTES Traitement de fond de l'asthme.⁽²⁾ (R)		✓ Indication thérapeutique remboursable.	 OUI

RCP des spécialités concernées, Avis HAS, Code de la Santé publique, Code de la Sécurité sociale.

À retenir

- Pour ATROVENT®, BRICANYL®, VENTOLINE® administrés par aérosolthérapie et les spécialités génériques correspondantes, **seules les prescriptions des pneumologues et des pédiatres sont autorisées et donc remboursables**.
- La mention "Non remboursable" doit être portée sur l'ordonnance en cas de prescription de **BECLOSPIN®** ou d'une spécialité générique du groupe, à des patients adultes ou à des enfants/nourrissons en dehors de l'indication "Asthme persistant sévère".
- La prise en charge par les organismes d'Assurance Maladie de la location d'un appareil à aérosolthérapie n'est possible que lorsque le médicament à nébuliser est lui-même pris en charge.

*DCI : Dénomination commune internationale. | (R) : Remboursable. | (NR) : Non remboursable.

⁽¹⁾ Arrêt de commercialisation au 29/05/2025 pour BRICANYL® et PULMICORT®.

⁽²⁾ Lorsque les inhalateurs pressurisés ou à poudre sèche ne peuvent pas être utilisés ou sont inadaptés.

⁽³⁾ Pas de prise en charge de la prestation d'aérosolthérapie si pas de prise en charge des spécialités.