

NOTE TECHNIQUE À DESTINATION DES KINÉSITHÉRAPEUTES

Réadaptation respiratoire (ARL 28 / ARL 20) - Prise en charge BPCO en libéral

Depuis juillet 2018, la réadaptation respiratoire pour les patients BPCO en affection de longue durée (ALD 14) bénéficie d'une cotation spécifique dans la NGAP, issue de l'avenant 5 à la convention nationale. Avec la refonte nomenclaturale de l'avenant 7 (février 2024), la lettre-clé est devenue ARL, mais le contenu, les conditions de facturation et la logique de prise en charge sont inchangés.

Cet acte reste pourtant mal connu et fait l'objet d'interprétations erronées, souvent de la part même des CPAM. Cette note vise à mettre à plat ce que les textes prescrivent, ce que la HAS recommande, et comment se défendre face à des demandes d'indus infondées.

1. Conditions de prise en charge - ce que disent les textes

1.1 L'acte ARL 28 (individuel) et ARL 20 (groupe)

L'article 5 du chapitre II du titre XIV de la NGAP décrit deux actes de réadaptation respiratoire kinésithérapique pour patients atteints de handicap respiratoire chronique :

Cotation	ARL 28 — Individuel	ARL 20 — Groupe
Tarif	61,88 €	44,20 € / patient
Mode	Séance entièrement individuelle	Groupe de 2 à 4 patients, kinésithérapie respiratoire en individuel
Durée	De l'ordre de 1h30	De l'ordre de 1h30
Contenu	Kinésithérapie respiratoire + réentraînement à l'exercice sur machine + renforcement musculaire + éducation à la santé	Même contenu — réentraînement et renforcement peuvent être réalisés en groupe

1.2 Critères cumulatifs obligatoires

La prise en charge n'est remboursée que si trois conditions sont simultanément réunies :

- Le patient est en ALD 14 pour BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive avec handicap respiratoire chronique).
- L'ordonnance mentionne explicitement la BPCO, le libellé recommandé est : « Réadaptation respiratoire kinésithérapique chez un patient BPCO atteint d'un handicap respiratoire chronique ». Sans cette mention, la CPAM est en droit de contester le remboursement.
- Les conditions d'exécution et contre-indications sont conformes à l'avis HAS n° 2012-0037/AC/SEAP du 21 novembre 2012. La NGAP y renvoie explicitement, cela inclut une évaluation

préalable par un pneumologue ou un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR).

Point de vigilance : vérification ALD sur Ameli Pro

Depuis novembre 2024, il est possible de vérifier le statut ALD de votre patient directement sur Ameli Pro (menu « Services patients » > « Affection de longue durée »). Cette vérification préventive est fortement conseillée avant de démarrer une prise en charge ARL 28/20, afin d'éviter tout litige ultérieur. Cette vérification nécessite de se connecter à Ameli Pro

1.3 La question du prescripteur

La NGAP ne restreint formellement aucun médecin comme prescripteur. Cependant, la HAS est explicite : la réhabilitation respiratoire doit faire l'objet d'une évaluation préalable et d'une prescription des composantes par le pneumologue ou le médecin MPR. En pratique, la présence d'un tel bilan dans le dossier du patient constitue une garantie en cas de contrôle.

2. Contenu et organisation des séances — ce qu'il faut tracer

2.1 Les quatre volets obligatoires

Chaque séance doit comporter les quatre composantes suivantes, telles que définies par la NGAP et l'avis HAS :

- Kinésithérapie respiratoire (désencombrement, travail ventilatoire, techniques manuelles ou instrumentales selon indication)
- Réentraînement à l'exercice sur machine (vélo ergomètre ou tapis de marche, avec surveillance de la fréquence cardiaque, de la SpO2, et de la dyspnée sur échelle de Borg)
- Renforcement musculaire (membres inférieurs et supérieurs, muscles respiratoires accessoires)
- Éducation à la santé (autogestion de la dyspnée, connaissance de la maladie, reconnaissance des signes d'alerte, adhésion aux traitements)

Important : traçabilité du contenu

Le dossier masso-kinésithérapique doit refléter les quatre volets pour chaque séance. En cas de contrôle, l'absence de traçabilité de l'un des composants (notamment l'éducation à la santé) peut justifier une demande d'indu. Consignez systématiquement la durée de chaque volet, les paramètres de surveillance (FC, SpO2, Borg) et les thèmes éducatifs abordés.

2.2 Rythme et durée

La HAS recommande une séquence de 6 à 12 semaines, à raison de 2 à 3 séances par semaine en ambulatoire. Ce rythme doit être cohérent avec l'état clinique du patient et consigné dans le protocole de soins initial.

La durée de 1h30 mentionnée dans la NGAP est indicative (« de l'ordre de »). Une variation raisonnable en fonction de l'état clinique du patient est admissible, à condition d'être justifiée dans le dossier.

3. La séquence de 20 séances - ni plafond, ni limite absolue

3.1 Ce que dit exactement la NGAP

Le texte exact de la NGAP est :

Texte NGAP — Article 5, titre XIV

« Séances d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient. »

Cette formulation est fondamentale. La NGAP n'écrit pas « 20 séances maximum » — elle subordonne la séquence à l'évolution clinique du patient. C'est une condition de pertinence, pas un plafond absolu.

3.2 Le renouvellement est possible - et encadré procéduralement

La Commission Paritaire Nationale (CPN) de novembre 2024 a clarifié le mécanisme de renouvellement :

1. Une séquence de 20 séances est prescrite initialement par le médecin.
2. À l'issue de la séquence (ou à tout moment si l'état clinique le justifie), le masseur-kinésithérapeute établit une fiche synthétique de son bilan, comportant les motifs et modalités d'une proposition de prolongation.
3. Cette fiche est transmise au médecin prescripteur, qui réalise un nouvel examen clinique.
4. Sur la base de cet examen, le médecin délivre une nouvelle prescription — sans limite de nombre de séquences fixée par les textes.

Ce que dit la NGAP sur la prolongation (dispositions générales titre XIV)

« La fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement. Le cas échéant, cette fiche comporte les motifs et les modalités d'une proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances. »

3.3 Aucune fenêtre thérapeutique obligatoire entre séquences

Ni la NGAP, ni l'avenant 5, ni aucun texte conventionnel ne prévoient de délai minimal obligatoire entre deux séquences. Ce point est crucial.

La HAS va même dans le sens inverse : elle identifie comme pratique problématique « le fait de négliger d'enchaîner rapidement le programme de suivi pour le maintien des acquis après un stage initial de réhabilitation respiratoire ». Pour les patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO, les recommandations préconisent une reprise de la réhabilitation dans les 4 semaines suivant la sortie.

Toute CPAM qui imposerait un délai inter-séquences n'a aucune base réglementaire pour le faire.

4. Ce que la HAS recommande - sécuriser la poursuite des soins

La réhabilitation respiratoire est au cœur du parcours de soins BPCO selon la HAS (Guide parcours de soins BPCO, novembre 2019). Les messages clés à retenir :

- **Indication large** : La réadaptation respiratoire doit être proposée à tout patient dyspnéique, dès qu'il présente une intolérance à l'exercice ou une diminution de ses activités malgré un traitement médicamenteux optimisé.
- **Efficacité prouvée** : Elle améliore la capacité d'exercice, la qualité de vie, réduit la dyspnée, l'anxiété et la dépression, et diminue le nombre d'hospitalisations.
- **Post-exacerbation** : Elle peut être prescrite après une hospitalisation pour exacerbation, situation où elle pourrait réduire la mortalité.
- **Long terme** : Après le stage initial, les bénéfices doivent être maintenus par des changements de comportement qui doivent perdurer des mois et des années, voire toute la vie.
- **Adaptabilité** : Les modalités et la durée sont adaptées en fonction de la sévérité clinique : le maintien des acquis à court et long terme est un point clé du suivi.

Ces recommandations confèrent une légitimité médicale forte aux séquences renouvelées, dès lors que l'état clinique du patient le justifie. Le bilan kinésithérapique est l'outil qui objective cette justification.

5. Le bilan kinésithérapique - pièce maîtresse du dossier

Le bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) est à la fois une obligation conventionnelle et votre meilleure protection en cas de contrôle. Il doit contenir :

Élément	Contenu attendu
Évaluation initiale	Spirométrie disponible, test de marche de 6 minutes (TM6), évaluation de la dyspnée (mMRC ou Borg), bilan musculaire
Objectifs thérapeutiques	Amélioration de la tolérance à l'effort, réduction de la dyspnée, autonomie dans les actes de la vie quotidienne, éducation à l'autogestion
Protocole de soins	Contenu prévisionnel des 4 volets, rythme des séances, durée estimée
Fiche de synthèse (bilan intermédiaire)	Résultats obtenus, justification de la prolongation si nécessaire, proposition de renouvellement avec nombre de séances
Traçabilité séance par séance	Durée de chaque volet, paramètres de surveillance (FC, SpO2, Borg), thèmes éducatifs abordés

6. Conduite à tenir face à une demande d'indu de la CPAM

Des kinésithérapeutes reçoivent des notifications de la CPAM leur réclamant le remboursement de séances d'ARL 28 réalisées au-delà de 20, parfois assorties de plafonds arbitraires du type « 40 séances autorisées ». Ces demandes sont régulièrement infondées en droit.

6.1 Première étape : analyser le motif exact de l'indu

Avant toute démarche, identifiez précisément le motif invoqué par la CPAM :

- Absence de mention BPCO sur l'ordonnance
- Absence d'ALD 14 vérifiable
- Dépassement d'un prétendu plafond de séances
- Absence de nouvelle prescription pour les séances au-delà de 20
- Non-conformité de contenu (durée, volets manquants)

Chacun de ces motifs appelle une réponse distincte. Ne formulez pas une réponse globale — répondez précisément au grief formulé.

6.2 Arguments juridiques à mobiliser

Sur le prétendu plafond de séances

La NGAP ne fixe aucun nombre maximum de séquences remboursables. Le libellé est : « une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient ». Toute CPAM qui oppose un plafond chiffré (40, 60, ou autre) doit produire la base textuelle réglementaire sur laquelle elle s'appuie — elle ne le peut pas. La Commission Paritaire Nationale de novembre 2024 a confirmé qu'aucun plafond absolu n'existe.

Sur l'absence de délai inter-séquences

Ni la NGAP, ni l'avenant 5, ni aucun texte conventionnel ne prévoient de délai minimal entre deux séquences. La HAS, au contraire, déconseille explicitement les interruptions non justifiées dans le Guide du parcours de soins BPCO (novembre 2019).

Sur la validité des séances au-delà de 20

Si une nouvelle prescription médicale a été établie après un nouvel examen clinique du médecin, et si votre bilan kinésithérapique documentant la justification clinique est dans le dossier, les séances sont pleinement conformes aux textes. La CPAM ne peut pas contester des séances réalisées dans ce cadre procédural.

6.3 Procédure de contestation — étapes

5. **Réponse dans les délais** : Accusez réception de la notification dans le délai mentionné (généralement 30 jours). Ne laissez pas le délai expirer sans réponse.
6. **Courrier au directeur** : Rédigez un courrier de contestation formelle adressé au directeur de la CPAM (et non au simple contrôleur). Mentionnez les références textuelles exactes : NGAP titre XIV art. 5, avenant 5 du 6 novembre 2017, avis HAS 2012-0037/AC/SEAP.
7. **Pièces justificatives** : Joignez en copie : l'ordonnance concernée, la ou les nouvelles prescriptions pour les séquences suivantes, les fiches synthétiques de bilan transmises au médecin prescripteur, et les éléments de dossier documentant la justification clinique.
8. **Commission de Recours Amiable** : Si la CPAM maintient sa position, saisissez la Commission de Recours Amiable (CRA) — c'est un préalable obligatoire avant tout recours contentieux.
9. **Recours contentieux** : En cas d'échec à la CRA, le recours devant le tribunal judiciaire (pôle social) est possible. Des précédents jurisprudentiels favorables aux professionnels existent dans des situations similaires.

10. **Appui syndical** — À chaque étape, contactez votre syndicat (Syndicat Alizé) pour un accompagnement et, si nécessaire, un appui juridique.

6.4 Ce qu'il faut avoir en dossier dès le départ — check-list préventive

Document / vérification	Séquence 1	Seq. suiv.
Statut ALD 14 vérifié sur Ameli Pro	✓	✓
Ordonnance avec mention explicite BPCO	✓	✓
Évaluation préalable par pneumologue/MPR dans le dossier patient	✓	
BDK initial avec protocole de soins documenté	✓	✓
Traçabilité séance par séance (4 volets, durée, paramètres)	✓	✓
Fiche synthétique de bilan transmise au médecin avant renouvellement		✓
Nouvelle prescription avec examen clinique médical documenté		✓

Synthèse - Ce que dit le droit, ce que dit la science

Sur le plan réglementaire (NGAP / Avenant 5)

- Aucun plafond absolu de séances
- Aucun délai inter-séquences imposé
- Renouvellement possible sur nouvelle prescription
- Justification clinique = bilan kiné transmis au médecin

Sur le plan clinique (HAS / Recommandations)

- RR recommandée dès la dyspnée
- Maintien des acquis = objectif à vie
- Enchaîner rapidement les séquences est recommandé
- Reprise dans les 4 semaines post-hospitalisation

En cas de doute ou de litige, contactez votre syndicat Alizé

Toute demande d'indu liée à la poursuite de séances ARL 28 au-delà de 20 doit être analysée au cas par cas. Le syndicat Alizé accompagne ses adhérents dans la rédaction des courriers de contestation et dans les démarches auprès des CPAM et des instances paritaires. Ne restez pas seuls face à ces situations.

Références : NGAP titre XIV art. 5 · Avenant 5 · Avis HAS 2012-0037 · Guide parcours BPCO HAS 2019 · CPN novembre 2024

Syndicat Alizé - Note technique ARL 20/28, avril 2026