

Boîte à outils FédéCRT



Fédération Française des
Centres de Ressources Territoriaux

Guide pratique Lancer son CRT

Kit de démarrage, conseils, repères et check-lists
pour réussir le lancement d'un Centre de Ressources Territorial

Édition 2026



Méthodes



Repères



Check-lists



Conseils opérationnels

Le CRT n'est pas une prestation isolée : c'est une organisation territoriale

Le lancement réussi lorsque les deux volets sont conçus ensemble, à partir des besoins réels du territoire et en complémentarité avec le droit commun.



Volet 1 — Ressources territoriales

Ouvrir et diffuser les ressources : accès aux soins et à la prévention, lutte contre l'isolement et soutien aux aidants, amélioration des pratiques professionnelles.

Public : personnes âgées du territoire, aidants et professionnels.



Volet 2 — Accompagnement renforcé

Sécuriser le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie lorsque l'accompagnement classique ne suffit plus : coordination renforcée, prévention des ruptures, sécurisation, gestion des crises et continuité du projet de vie.

5 principes à garder visibles pendant tout le lancement

1

Complémentarité, jamais substitution au droit commun.

2

Territorialité, avec un périmètre réaliste et partagé.

3

Coordination, avec un interlocuteur clairement identifié.

4

Gradation, selon les besoins et sans rupture.

5

Traçabilité, pour piloter l'activité, les coûts et la qualité.

Le bon réflexe FédéCRT

- Commencer par le parcours utilisateur : Qui appelle ? Qui décide ? Qui coordonne ? Qui intervient la nuit ? Qui reprend le relais ?
- Ne pas construire le CRT autour d'un logiciel ou d'un organigramme : les outils viennent après le modèle de service.
- Nommer les interfaces clés avec les SAD, DAC, CPTS, hôpital, médecin traitant, PFR, EHPAD et collectivités dès le cadrage.



Repère 2026

Le cahier des charges national issu de l'arrêté du 27 avril 2022 reste en vigueur.

Les appels à candidatures et notifications ARS peuvent préciser localement les modalités attendues : toujours confronter ce guide au cadre régional applicable au projet.



Sécuriser le portage, l'autorisation et la gouvernance interne

Avant de recruter ou d'acheter des outils, verrouillez le cadre juridique, la responsabilité et le pilotage.



À vérifier avant J0

- ✓ Le porteur est un EHPAD ou un service autonome à domicile éligible selon le cadre en vigueur.
- ✓ Les deux volets sont intégrés au projet.
- ✓ En cas de portage par un SAD, le partenariat avec un EHPAD est formalisé.
- ✓ La mission CRT figure dans l'autorisation et l'enregistrement FINESS selon la procédure ARS.



Qui décide quoi ?

- **Direction du porteur** : responsabilité, budget, ressources humaines, arbitrages.
- **Chef de projet / coordination** : mise en œuvre, partenariats, activité.
- **Médecin du dispositif** : expertise gériatrique et articulation médicale.
- **COPIL** : trajectoire, risques, coopération territoriale, résultats.



Points de vigilance & décisions clés

Produire une note de cadrage interne de 2 pages validée en interne précisant : finalité, périmètre, modèle de portage, rôles, délégations, budget, calendrier, critères de succès et principaux risques.



Test express : êtes-vous prêts ?

- ✓ Un sponsor de direction est identifié et disponible.
- ✓ Le coordinateur sait quelles décisions il peut prendre seul.
- ✓ Le médecin traitant reste clairement au centre du parcours médical.
- ✓ Les fonctions support (RH, finance, SI, juridique, qualité) ont un référent CRT.
- ✓ Le temps dédié à la chefferie de projet est réellement protégé dans les agendas.



TIP

Le premier risque n'est pas le manque d'idées : c'est le CRT "en plus du reste". Formalisez les temps dédiés, les délégations et les règles d'escalade dès le départ.



Faire un diagnostic territorial utile — pas un inventaire

Le diagnostic doit conduire à des choix : territoire, publics prioritaires, partenaires, offre manquante et capacité opérationnelle.

1

Besoins des personnes



GIR, isolement, retours d'hospitalisation, ruptures d'aide, fragilité des aidants, logements inadaptés, zones sous-dotées, besoins de nuit.

2

Offre déjà disponible



SAD, IDEL, médecins, hôpital/HAD, DAC, CPTS/MSP, PFR, accueil de jour, HT/HTU, téléassistance, prévention, transport.

3

Frictions de parcours



Délais, doublons, zones blanches, informations mal partagées, sorties d'hôpital, absence d'interlocuteur, horaires non couverts.

4

Ressources mobilisables



Expertises internes, locaux, véhicules, professionnels spécialisés, partenariats volontaires, outils numériques, places d'urgence.



Conseil pratique

Livrable recommandé : la carte "besoin → réponse → acteur". Pour chaque besoin prioritaire, renseignez : ce qui existe, ce qui manque, ce que le CRT apporte, qui produit la prestation, qui coordonne et comment le résultat sera mesuré.

Trois repères pour éviter de surdimensionner le projet



≤ 30 min

Temps ciblé d'intervention vers les zones critiques — à adapter à l'organisation de nuit.



3-5

Besoins territoriaux prioritaires à traiter la première année.



1 page

Synthèse "forces / manques / choix" à partager à tous les partenaires.



REPÈRE / VIGILANCE

Ne cherchez pas à couvrir tout le département. Un CRT crédible est un CRT dont le périmètre est compatible avec sa capacité réelle d'intervention et ses partenaires.

Définir une promesse de service simple et un territoire réaliste

Chaque partenaire doit pouvoir expliquer en 30 secondes à qui sert le CRT, quand le solliciter et ce qu'il se passe ensuite.



La phrase test

Le CRT accompagne qui, sur quel territoire, dans quelles situations, avec quel niveau de service, en complément de quels acteurs ?



Public concerné

- ✓ Volet 1 : personnes âgées du territoire, aidants, professionnels.
- ✓ Volet 2 : personnes âgées en perte d'autonomie à domicile nécessitant une coordination renforcée.



Territoire couvert

Communes, temps de trajet, couverture des partenaires, possibilité d'intervention de nuit, articulation avec les territoires de parcours.



Situations cibles

Sortie d'hospitalisation, isolement, aidant absent/épuisé, logement inadapté, risque de rupture, complexité croissante du maintien à domicile.



Orientation et entrée dans le dispositif

- ✓ Une porte d'entrée unique.
- ✓ Un numéro / une adresse / un formulaire identifié, même si plusieurs personnes traitent les demandes.
- ✓ Un délai de réponse annoncé selon le niveau d'urgence.
- ✓ Un triage simple : volet 1 / volet 2 / orientation vers le droit commun / urgence sanitaire.



La mini-chartre de service à partager aux partenaires

1

Ce que le CRT fait.

2

Ce qu'il ne fait pas.

3

Comment le solliciter.

4

Quel délai de retour.

5

Qui reste responsable du soin / de l'aide.

6

Comment sont gérées les situations urgentes.

7

Comment l'information est partagée.



TIP

Le meilleur outil de communication au lancement est une fiche A4 "Quand appeler le CRT ?" avec 5 situations concrètes et le circuit de réponse.

Construire l'équipe autour des fonctions — pas des intitulés

Un CRT performant sait qui évalue, qui coordonne, qui décide, qui intervient, qui anime le territoire et qui assure la continuité.

Fonction	Responsabilités clés	Questions à trancher
 Direction / chefferie	Pilotage, budget, RH, risques, partenariats.	Qui arbitre en cas de tension de capacité ?
 Coordination	Évaluation, plan, orchestration des intervenants, suivi.	Quelle file active réaliste par coordinateur ?
 Médecin du dispositif	Expertise gériatrique, admission, lien médecin traitant.	Quels créneaux et quelle continuité ?
 IDE / équipe clinique	Surveillance, appui aux situations, continuité jour/nuit.	Qui intervient et sous quel protocole ?
 Ergo / psycho / autres	Expertises ponctuelles, domicile, aidants.	Interne, mutualisé ou prestataire ?
 Animation / volet 1	Prévention, lien social, pratiques pro, réseau.	Quelles actions ont un impact mesurable ?



Règle d'or d'organisation

Pour chaque moment critique — admission, sortie d'hôpital, aggravation, nuit, absence d'aidant, hospitalisation, sortie du CRT — écrivez le nom de la fonction qui prend la main et le délai attendu.



Conseils opérationnels

- Évitez l'organigramme "idéal" qui dépend de recrutements difficiles.
- Construisez un modèle hybride : équipe socle dédiée + compétences mutualisées + prestations conventionnées.

Volet 1 : choisir peu d'actions, mais les rendre visibles et utiles

Le socle national prévoit au minimum une action dans chacun des trois champs.
La priorité : répondre à des besoins non ou insuffisamment couverts.



1 Accès aux soins et prévention

Exemples

- Télésoins, téléconsultations avancées
- Prévention des chutes, nutrition, repérage fragilité
- Vaccination
- Accès à une expertise gériatrique



2 Lutte contre l'isolement

Exemples

- Activités ouvertes au territoire
- Transport, lien intergénérationnel
- Repérage de l'isolement, soutien et orientation
- Vers les solutions de répit



3 Soutien aux aidants / amélioration des pratiques professionnelles

Exemples

- Formations courtes
- Retours d'expérience et protocoles partagés
- Sensibilisation aux troubles cognitifs, à l'hygiène, à la fin de vie
- Approches bientraitance



Critères de choix des actions

- ✓ Répondre à un besoin réel et prioritaire du territoire
- ✓ Être complémentaire (et non redondante) avec l'existant
- ✓ Être faisable avec les ressources et partenaires disponibles
- ✓ Être mesurable et communicable (facile à rendre visible)



Rappel grille STOP / START / SCALE

STOP : ne pas dupliquer ce qui existe déjà et fonctionne.

START : lancer 1 à 2 actions par champ avec un public cible, un partenaire pilote, un calendrier et un indicateur de résultat.

SCALE : après 3 à 6 mois, amplifier uniquement ce qui est utile, accessible et contribue au maintien à domicile.

Volet 2 : construire un panier de services réellement renforcé

L'enjeu n'est pas de refaire l'aide ou le soin : le CRT coordonne et complète ce qui existe pour éviter les ruptures et sécuriser le domicile.



1 Sécuriser le domicile

- Évaluation du domicile et des aides techniques.
- Télésistance renforcée.
- Continuité jour/nuit et renfort des interventions.
- Capacité à déclencher une réponse adaptée en cas de besoin.



2 Coordonner et compléter

- Plan d'accompagnement partagé.
- Coordination des professionnels et des services.
- Surveillance gériatrique et prévention (chute, dénutrition, iatrogénie).
- Téléconsultation et réévaluations régulières.



3 Prévenir les ruptures

- Organisation des sorties d'hospitalisation.
- Solution temporaire / accueil d'urgence.
- Absence d'aidant.
- Dégradation soudaine.
- Articulation HAD / hôpital / domicile.



4 Assurer la continuité du projet de vie

- Lien social et activités.
- Mobilité et accès aux ressources locales.
- Soutien des aidants.
- Prévention de l'isolement.
- Maintien des choix de vie et de l'autonomie.



Vigilance : ne pas se substituer aux acteurs existants

- ✓ S'appuyer sur les dispositifs et partenaires déjà en place.
- ✓ Jouer un rôle d'animateur, de facilitateur et de coordinateur.
- ✓ Apporter une plus-value claire, complémentaire et visible.



Formaliser le **parcours** d'admission, de suivi et de sortie

Un bon parcours réduit les délais, évite les évaluations répétées et clarifie le rôle de chaque acteur.



Le dossier minimal à l'admission

Demande / origine du signalement • critères d'éligibilité • consentement et information • coordonnées des intervenants • évaluation multidimensionnelle • avis / lien médical • plan d'accompagnement • objectifs et responsabilités • contrat • personnes à contacter en cas de crise • modalités de partage d'information.

5 règles pour éviter les "admissions fantômes"

- ✓ Une demande n'est pas une admission : statut de dossier visible à tout moment.
- ✓ Pas de plan sans objectif prioritaire formulé avec la personne.
- ✓ Chaque prestation a un responsable, un délai et une modalité de retour.
- ✓ Une date de réévaluation est fixée dès l'entrée.
- ✓ La sortie prévoit systématiquement un relais et une transmission utile au droit commun.



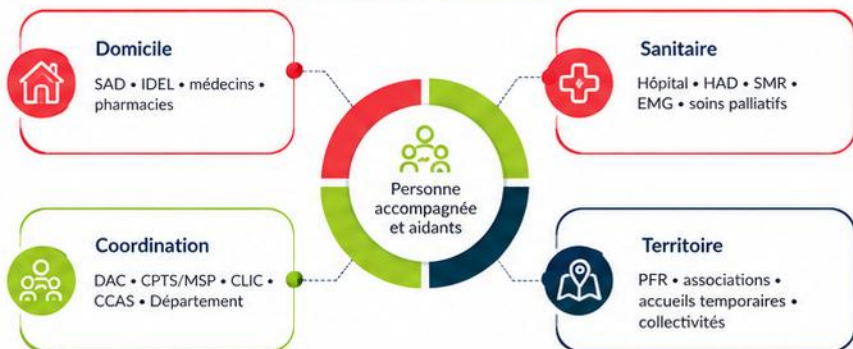
TIP

Chronométrez votre circuit sur 3 cas test avant ouverture.
Si le parcours exige plus de 3 relances internes ou des doubles saisies, simplifiez-le avant la montée en charge.

Conventionner les partenariats et installer une **gouvernance territoriale**

Le partenariat n'est pas une liste de logos : il décrit qui fait quoi, dans quel délai, avec quelle information et quelle responsabilité.

ÉCOSYSTÈME DES PARTENARIATS



Les conventions utiles

- Objet et territoire
- Publics concernés
- Rôles et prestations
- Modalités de sollicitation
- Continuité / urgences
- Partage d'information et confidentialité
- Indicateurs et revue de partenariat
- Durée / résiliation



Gouvernance territoriale

- Désigner un pilote de réseau
- Animer un comité de partenaires régulier
- Partager les orientations et les priorités
- Arbitrer et résoudre les points de friction
- Formaliser les décisions et les suites



Indicateurs de coopération

- Délais d'orientation et d'accès
- Taux de dossiers co-construits
- Nombre de réunions partenariales
- Cas complexes traités en commun
- Satisfaction des partenaires
- Transmission utile au droit commun



VIGILANCE PRATIQUE

Rendez le CRT visible dans les diagnostics et feuilles de route départementales, et articulez sa place avec les dispositifs de coordination existants.

Le CRT peut constituer un levier opérationnel de proximité pour l'autonomie sans se substituer au SPDA ni au DAC.

Choisir un SI qui sert le parcours, le pilotage et la sécurité

Le besoin n'est pas "un logiciel CRT" : il faut un ensemble cohérent pour coordonner, tracer, partager et produire les indicateurs attendus.

1



Dossier bénéficiaire

- Évaluation, plan d'accompagnement, consentement.
- Contacts, historique et documents.
- Traçabilité des actions.

2



Coordination

- Tâches, agenda et alertes.
- Transmissions sécurisées entre professionnels.
- Responsabilités et suivi des relances.

3



Partage d'information sécurisé

- Habilitations, MSSanté et accès aux services nationaux pertinents.
- Conformité et confidentialité.

4



Mobilité

- Accès terrain et comptes rendus à domicile.
- Mode dégradé et synchronisation.
- Ergonomie mobile.

5



Indicateurs et pilotage

- Tableaux de bord et rapports automatisés.
- Suivi d'activité, résultats et qualité de service.
- Exports pour ARS et partenaires.

6



Sécurité et conformité

- Hébergement sécurisé (HDS), sauvegardes.
- RGPD et gestion des droits.
- PCA et continuité d'activités.

Questions clés à se poser avant de choisir



Le SI soutient-il le parcours complet du bénéficiaire ?



Facilite-t-il la coordination et le partage d'information ?



Produit-il les indicateurs attendus simplement et fiablement ?



Garantit-il la sécurité, la conformité et la continuité d'activité ?



Est-il ergonomique et adapté au travail sur le terrain ?

Construire le budget comme un modèle de service

Le budget doit rendre visible la capacité opérationnelle : équipe, prestations, outils, déplacements, partenaires et montée en charge.



RH dédiée

Coordination, médical, IDE/AS, ergo/psycho, animation, administratif, astreinte.



Prestations

Téléassistance renforcée, expertises, interventions, transport, prévention, répit.



SI & équipements

Licences, mobilité, téléphonie, matériel, HDS, domotique / aides techniques selon modèle.



Déplacements

Frais kilométriques, temps de trajet, visites à domicile.



Partenariats et prévention

Conventions, refacturations, prestations EHPAD/SAD, achats externes, actions de prévention.



Pilotage

Formation, communication, évaluation, assurance, déplacements, audits / RGPD.



Montée en charge et soutenabilité

Construisez trois scénarios : montée en charge lente, nominale et tendue. Le budget doit montrer à quel moment la continuité de service ou la qualité deviennent fragiles.

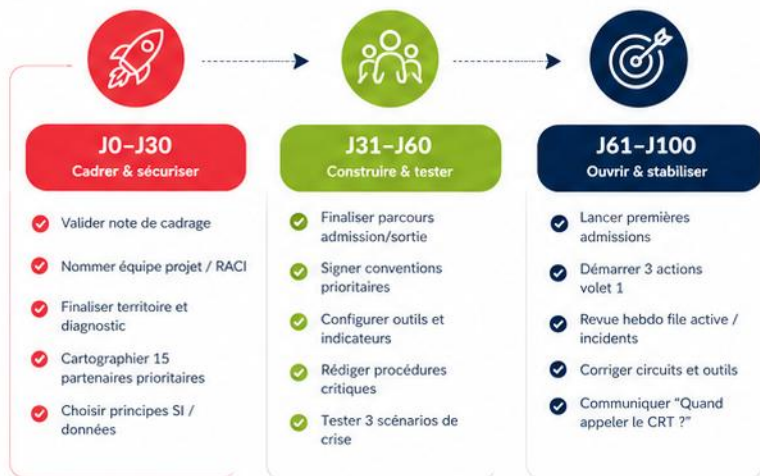


Repères du cadre national (à titre indicatif)

Le cadre national prévoit une dotation annuelle de 400 000 € pour la mission CRT, une file active minimale de 30 personnes sur le volet 2 et un repère de 900 € par mois et par bénéficiaire pour l'accompagnement renforcé. Une comptabilité analytique spécifique et un suivi d'activité sont attendus. Ces repères doivent être confrontés à la notification ARS et aux évolutions réglementaires.

La feuille de route des 100 premiers jours

Un rythme simple pour passer du "projet" au "service" sans brûler les étapes.



Rituel de lancement recommandé

15 minutes tous les matins pendant les 2 premières semaines d'ouverture, puis 1 revue hebdomadaire : demandes reçues, admissions, situations à risque, partenaires à relancer, incidents SI, capacité d'équipe, décisions à prendre.



Signal de maturité

Le CRT est stabilisé lorsque les partenaires savent l'utiliser sans appeler "la bonne personne en direct", que les équipes connaissent les règles d'escalade et que les données d'activité sortent sans retraitement manuel massif.

Le kit documentaire à préparer avant l'ouverture

Une boîte à outils courte, versionnée et accessible à toute l'équipe.



Gouvernance

Note de cadrage • organigramme fonctionnel •
RACI • délégations • calendrier COPIL



Partenariats

Convention type SAD • convention EHPAD
partenaire • fiches contacts • engagements
de service



Parcours

Fiche de demande • critères d'admission •
évaluation • plan personnalisé • contrat •
procédure de sortie



Qualité / Sécurité

Procédure crise / nuit • sortie d'hospitalisation •
absence d'aidant • hospitalisation •
hébergement d'urgence



SI / Pilotage

Tableau de bord • dictionnaire indicateurs •
budget analytique • reporting ARS •
registre des risques



Données & Conformité

Notice d'information • consentement •
habilitations • charte SI • procédure incident /
violation • archivage



Communication

Plan de communication partenaires •
messages clés • supports • FAQ
"Quand appeler le CRT ?"



Volet 1 - Actions rapides

Calendrier actions • fiche action • émargement •
satisfaction • bilan • supports partenaires



TIP versioning

Nommer un propriétaire par document, une date de validation et une date de révision.
Le "kit CRT" doit être disponible dans un espace unique, pas dispersé dans les boîtes mail.

12 erreurs fréquentes au lancement — et le réflexe qui change tout

Une check-list de vigilance issue des points de fragilité
les plus classiques des dispositifs territoriaux.

1

Tout lancer en même temps

RÉFLEXE : prioriser 3 besoins
et monter en charge.



2

**Confondre coordination
et production**

RÉFLEXE : dire qui fait,
qui paie, qui répond.



3

Territoire trop large

RÉFLEXE : dimensionner selon
délais de trajet et nuit.



4

Dépendre d'une seule personne

RÉFLEXE : binômes, suppléances,
procédures.



5

Conventions génériques

RÉFLEXE : ajouter délais,
responsabilités, escalade.



6

Logiciel avant parcours

RÉFLEXE : dessiner le parcours
puis choisir l'outil.



7

Admission trop complexe

RÉFLEXE : limiter les doubles
évaluations / saisies.



8

Volet 1 "catalogue"

RÉFLEXE : choisir des actions
reliées au diagnostic.



9

Pas de plan de nuit

RÉFLEXE : tester un scénario
22h30 avant ouverture.



10

Indicateurs en fin d'année

RÉFLEXE : créer le dictionnaire
dès J0.



11

Aidants informés trop tard

RÉFLEXE : intégrer consentement,
contacts et répit.



12

CRT peu visible

RÉFLEXE : une porte d'entrée
et une promesse claire.



TIP

Quand un problème revient deux fois, ne le gérez plus comme une exception :
transformez-le en règle, procédure, outil ou décision de gouvernance.

Go-live : la check-list finale du CRT

Cochez ce qui est prêt. Un "non" sur un élément critique doit déclencher une décision avant montée en charge.



☐ Portage / autorisation

Cadre ARS, deux volets, FINESS, délégations.



☐ Territoire

Périmètre, temps d'intervention, partenaires compatibles.



☐ Équipe

Rôles, suppléances, temps dédiés, contacts de crise.



☐ Volet 1

Au moins une action par champ, calendrier, indicateurs.



☐ Volet 2

Panier de services, nuit, crise, partenaires, gradation.



☐ Parcours

De l'admission à la sortie, étapes et outils validés.



☐ Partenariats

Conventions prioritaires signées et testées.



☐ SI / RGPD

Accès, habilitations, HDS, partage, traçabilité, mobilité.



☐ Budget / Pilotage

Dictionnaire d'indicateurs, tableau de bord, budget analytique.



☐ Communication

Porte d'entrée unique, fiche "Quand appeler le CRT ?".



Objectif : un lancement sécurisé et une montée en charge progressive.

Qui est prêt pour une ouverture progressive ? 7-8 : ouverture possible avec plan d'actions daté.
9-10 : prêt pour ouvrir. ≤ 6 : sécuriser les fondamentaux avant d'accélérer la file active.