



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Appel à manifestation d'intérêt

Offre innovante en santé délocalisée et télémédecine

2026



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*



A noter : version mise à jour le 30/07/2026 – Les modifications sont surlignées en **bleu**

Sommaire

1 - CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'APPEL À MANIFESTATION D'INTERET

1.1 Contexte général

1.2 Finalité de l'AMI

1.3 Objectifs opérationnels

2 - NATURE DES PROJETS ATTENDUS ET BÉNÉFICIAIRES ÉLIGIBLES

2.1 Nature et typologie des projets attendus

2.1.1 Définition du projet éligible

2.1.2 Caractéristiques organisationnelles attendues

2.1.3 Volumétrie, géographie attendue et catégories de lieux d'implantation visés

2.1.4 Évaluation externe et interne

2.1.5 Régime de la présence humaine en espace de téléconsultation

2.2 Nature des porteurs de projets

2.3 Critères d'éligibilité

2.4 Critères de sélection

2.5 Conditions de financement

2.6 Modalités et intensité de l'aide

2.6.1 Fourchette de financement par projet et par porteur de projet

2.6.2 Composition de l'aide

2.6.3 Éligibilité des dépenses de présence humaine

2.6.4 Versement

2.7 Dépenses éligibles et non éligibles

2.7.1 Dépenses éligibles

2.7.2 Dépenses non éligibles

2.8 Modalités de candidature

3 – PROCESSUS DE SELECTION ET PHASAGE

3.1 Pilotage et instruction

3.2 Phasage en trois temps

3.2.1 Phase 1 — Candidature et vérification de l'éligibilité

3.2.2 Phase 2 — Présélection et auditions

3.2.2 Phase 3 — Détermination des territoires d'implantation

3.2.3 Souplesse de redéploiement en cours d'expérimentation

3.3 Calendrier prévisionnel

4 - MODELE DE CONVENTIONNEMENT ET DE SUIVI DES PROJETS LAUREATS

4.1 Architecture conventionnelle

4.2 Confidentialité

4.3 Communication

4.4 Obligations de transparence et reporting

4.5 Sortie du dispositif et pérennisation



1 - CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'APPEL À MANIFESTATION D'INTERET

1.1 Contexte général

Plus de 30 % de la population française réside en zone d'intervention prioritaire (ZIP), c'est-à-dire sur un territoire qui connaît des difficultés d'accès aux soins, notamment liées à la sous-densité de médecins. Ce phénomène de désertification médicale compromet l'égalité d'accès aux soins et alimente un sentiment d'abandon territorial.

Or, l'accès aux soins constitue une priorité nationale dans un contexte de raréfaction des ressources médicales, de hausse des besoins en lien avec le vieillissement de la population et d'importantes disparités territoriales : 6 millions de Français n'ont pas de médecin traitant, dont 500 000 en affection longue durée, et près de 87% du territoire souffre d'un manque de médecins. Si la suppression du *numerus clausus* et l'augmentation du nombre de médecins en formation devraient apporter une réponse partielle à long terme, plusieurs années seront néanmoins nécessaires avant que les nouvelles installations de médecins dépassent les départs à la retraite, dans un contexte de vieillissement de la population et de progression des maladies chroniques.

Il est néanmoins possible, et nécessaire, à nombre de médecins constant, de gagner du temps médical, d'améliorer les parcours de santé et d'apporter des réponses concrètes à nos concitoyens. Cela passera notamment par des mesures de court et moyen terme visant à renforcer l'offre de soins, améliorer la coopération entre l'ensemble des professionnels de santé par la poursuite de l'évolution des compétences des professions de santé et par l'introduction de solutions innovantes. Dans ce cadre, les solutions innovantes sollicitées dans cet appel à manifestation d'intérêt (ci-après « AMI ») devront contribuer à formuler une réponse territoriale aux inégalités d'accès à un médecin et aux soins au quotidien, en pleine coordination avec le déploiement du réseau « France Santé » annoncé par le Premier ministre le 13 septembre 2025.

Le présent appel à manifestation d'intérêt s'inscrit en cohérence avec ce plan et contribue à formuler une réponse territoire par territoire, par voie d'expérimentation, dans une logique de parcours de santé.

1.2 Finalité de l'AMI

Le présent AMI vise à expérimenter le déploiement de **solutions** technologiques innovantes - déjà opérationnelles ou en passe de l'être - susceptibles d'améliorer l'accès aux soins là où l'accès aux professionnels de santé reste difficile.

Il s'agit de promouvoir l'ouverture de nouveaux lieux de soins mobilisant la téléconsultation, dans des espaces ouverts au public, faciles d'accès, à pression foncière limitée, et s'appuyant sur du matériel médical connecté et la présence de professionnels de santé accompagnant la téléconsultation. À titre d'exemples non exhaustifs : cabines de téléconsultation en gare, en



mairie, en pharmacie, assistée de professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, assistants médicaux, aides-soignants, secrétaires médicales et les étudiants en santé), maisons de santé mobiles ou modulaires, dispositifs de télémédecine augmentée par des professionnels de santé non médicaux.

La présence en accompagnement de la **solution** d'un professionnel de santé local éligible à un financement par l'Assurance maladie constitue la règle (infirmier diplômé d'État, pharmacien, sage-femme, kinésithérapeute pour les actes relevant de sa compétence). Tout projet candidat doit, par défaut, intégrer une présence humaine dans chacune des solutions qu'il propose de déployer.

L'absence de professionnel de santé sur site n'est éligible qu'à titre dérogatoire, sur justification motivée du candidat et après examen spécifique. Les conditions d'octroi de cette dérogation sont précisées au § 2.1.5.

Ce principe vise à privilégier trois finalités : ancrer durablement les professionnels de santé sur les territoires fragiles, sécuriser l'usage clinique du dispositif par une compétence soignante de proximité, et préserver l'éligibilité aux financements conventionnels de l'Assurance maladie.

1.3 Objectifs opérationnels

Les objectifs opérationnels de l'AMI sont les suivants :

- **Mailler le territoire** en situation de tension (Zones d'Intervention Prioritaires – ZIP¹) par des infrastructures légères, fixes ou redéployables.
- **Tester le déploiement de différentes solutions** intégrées dans les écosystèmes territoriaux de santé existants (CPTS, MSP, officines, hôpitaux de proximité, services départementaux d'incendie et de secours, etc.) et **dans les parcours de santé**.
- **Identifier les modalités** selon lesquelles l'offre de téléconsultation peut contribuer à une réponse efficace à la désertification médicale.
- **Évaluer la pertinence** de ces dispositifs dans l'accès aux soins de premier recours (médecine générale et certaines spécialités).
- **Faciliter l'accès au diagnostic et à l'orientation médicale** et renforcer les actions de prévention de proximité.
- **Réancrer** des professionnels de santé sur les territoires fragiles, par une présence humaine en accompagnement de la solution.



2 - NATURE DES PROJETS ATTENDUS ET BÉNÉFICIAIRES ÉLIGIBLES

2.1 Nature et typologie des projets attendus

2.1.1 Définition du projet éligible

Au sens du présent AMI, un **projet** éligible consiste en le déploiement, sur un ensemble de sites identifiés en zone d'intervention prioritaire, d'une **solution** intégrée de santé délocalisée associant quatre composantes indissociables :

- Une infrastructure physique d'accueil du patient (cabine, conteneur, module, espace dédié au sein d'un local partenaire), conçue pour la téléconsultation et l'examen clinique à distance ;
- Une chaîne technologique comprenant les équipements biométriques connectés, la solution logicielle de téléconsultation, l'infrastructure de connectivité et l'hébergement sécurisé des données de santé ;
- Une organisation territoriale mobilisant un ou plusieurs partenaires locaux (officine, collectivité, CPTS, MSP, hôpital de proximité, Maison France Santé).
- Une présence humaine : intégration en accompagnement de la solution d'un professionnel de santé local éligible ou non à un financement Assurance maladie, selon les modalités précisées au § 2.1.5. L'absence de professionnel de santé sur site n'est éligible qu'à titre dérogatoire.

La durée des projets financés par l'AMI est de 2 ans maximum.

2.1.2 Caractéristiques organisationnelles attendues

- Articulation avec l'offre de soins locale : le **projet** est conçu en complémentarité de l'offre de soins existante et non en substitution ou en concurrence. Une démarche d'information et d'association de la CPTS du territoire, des médecins traitants exerçant à proximité et de l'ARS est nécessaire dès la phase de prospection.
- Modèle de présence humaine explicité, avec présence humaine permanente : un professionnel de santé local éligible à un financement CPAM (infirmier diplômé d'État, pharmacien, sage-femme) est présent en cabine 100 % de l'amplitude horaire d'ouverture ;
- Parcours patient documenté : description du parcours type, depuis l'orientation du patient vers la solution jusqu'à la prise en charge en aval (transmission au Dossier Médical Partagé sur Mon Espace Santé et donc au médecin traitant, éventuelle orientation vers un spécialiste, suivi des prescriptions, gestion des renouvellements).



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité



L'AMI cible des **solutions** proposant une offre de santé délocalisée, présentant a minima les caractéristiques technologiques et organisationnelles suivantes :

- **Connectivité résiliente** : réseaux satellitaires, fibre, 4G/5G garantissant une téléconsultation vidéo HD à latence maîtrisée, y compris en zone blanche.
- **Équipements biométriques** : dispositifs médicaux connectés, permettant la prise des constantes et l'examen clinique à distance (par exemple : stéthoscope, otoscope, dermatoscope, ECG, oxymètre, tensiomètre).
- **Disponibilité étendue** : amplitude horaire large et ouverture au moins 5 jours sur 7, pour répondre aux soins non programmés.

2.1.3 Volumétrie, géographie attendue et catégories de lieux d'implantation visés

Chaque **projet** précise au dépôt :

- le nombre de **solutions** qu'il s'engage à déployer, par tranche (a minima 5, idéalement 10 à 20 voire plus sur la durée du programme) ;
- la couverture régionale envisagée, étant entendu que l'AMI vise un déploiement dans chaque région métropolitaine et au moins un territoire ultramarin. Cette couverture pourra être assurée par un seul lauréat à condition qu'il en démontre la capacité, ou par la complémentarité de plusieurs lauréats — la répartition étant arrêtée en Phase 2 lors de la phase de présélection et auditions (§ 3.2.2) ;
- la typologie des communes cibles : appartenance à une ZIP (obligatoire), typologie INSEE (rural isolé, rural sous influence d'un pôle, périurbain, ville moyenne), appartenance à un programme « Action Cœur de Ville », « Petites Villes de Demain », « Avenir Montagnes », « Villages d'Avenir » ou Quartiers prioritaires de la politique de Ville (QPPV).

Le COPIL veille, lors de la sélection finale, à ce que les lauréats retenus couvrent une diversité de typologies d'implantation (officine, gare, mairie, MSP, locaux de collectivité). Cette exigence de diversité est portée par le jury et le COPIL au stade de la décision finale, et non par chaque candidat pris isolément — un lauréat individuel n'est pas tenu de proposer toutes les typologies d'implantation, mais l'ensemble du programme vise à en assurer la représentation.

À titre indicatif, les lieux d'implantation suivants sont considérés comme pertinents :

- Officines de pharmacie (cabine en pharmacie ou à proximité) si existantes et/ou accessibles ;
- Centres-villes des communes éligibles au programme « Action Cœur de Ville » ou « Petites Villes de Demain » ;
- Gares, pôles d'échanges multimodaux, maisons France Services ;



- Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), centres de santé, cabinets infirmiers ;
- Locaux communaux ou intercommunaux mis à disposition par les collectivités.

2.1.4 Évaluation externe et interne

L'évaluation constitue la finalité même de l'AMI : il ne s'agit pas d'un dispositif de soutien à l'investissement, mais d'une expérimentation publique destinée à produire des conclusions transposables sur la pertinence des solutions de santé délocalisée. Le dispositif d'évaluation est structuré en deux niveaux complémentaires et indépendants.

Niveau 1 — Évaluation externe portée par l'opérateur

Une évaluation externe est conduite par un cabinet indépendant, désigné par la Banque des Territoires après mise en concurrence et financée par l'opérateur sur un budget France 2030 dédié — non imputé sur l'enveloppe destinée aux lauréats. Elle comporte a minima deux temps :

- une évaluation *ab initio*, réalisée à la signature de la convention, qui fixe l'état initial de chaque territoire d'implantation (« baseline »). Elle documente, pour chaque commune ou intercommunalité d'accueil : l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), la file active des médecins traitants exerçant sur la zone, le taux de patients en ALD sans médecin traitant, le recours aux urgences, le profil socio-démographique de la population et la cartographie de l'offre de soins existante, notamment des structures de soins labellisées France Santé ;
- une évaluation *ex post*, réalisée à la clôture de l'AMI, qui mesure l'évolution de ces mêmes indicateurs et apprécie l'effet propre du dispositif sur l'écosystème de santé local.

Cette évaluation est centrée sur l'effet territorial et systémique du dispositif : elle vise à répondre à la question « le déploiement de **solutions** a-t-il modifié, à l'échelle du territoire, l'accès aux soins, le recours aux urgences, la prise en charge des patients en ALD, la coordination de l'offre de soins ? ». Elle ne porte pas sur le fonctionnement opérationnel propre à chaque **solution**.

Elle s'appuie principalement sur des données de santé exogènes mobilisées via les partenariats institutionnels de l'opérateur : données de l'Assurance Maladie (SNDS et données des CPAM, dans les conditions d'accès prévues par la réglementation), données des ARS, données de l'Agence de l'innovation en santé (AIS), données démographiques INSEE. Le cabinet évaluateur rend compte au comité de pilotage interministériel et non aux lauréats, afin de préserver l'indépendance de l'évaluation.

Une évaluation externe *in itinere* optionnelle peut être organisée à mi-parcours sur décision du COPIL, en cas de besoin de réorientation du programme. Elle reste optionnelle et n'est pas une obligation contractuelle des lauréats.



Niveau 2 — Évaluation interne portée par chaque lauréat

Indépendamment de l'évaluation externe, chaque lauréat porte son propre dispositif d'évaluation sur les données issues du fonctionnement de sa **solution**. Cette évaluation est financée sur l'assiette éligible du projet (cf. § 2.7) et constitue une obligation contractuelle.

Elle est centrée sur les données opérationnelles natives de la solution déployée, c'est-à-dire celles que le lauréat peut collecter directement par l'intermédiaire de son infrastructure et de son système d'information, sans dépendre d'un accès à des bases de santé externes. Les données suivantes sont attendues a minima :

- Données de fréquentation : nombre de consultations réalisées, par solution et par mois ; profil démographique des patients (âge, sexe, commune de résidence — par code postal) ; primo-consultants vs. consultations récurrentes ; nombre de patients distincts (file active de l'espace de téléconsultation).
- Données d'usage et de motif : motifs de consultation par grandes catégories cliniques (pathologies aiguës virales, ORL, dermatologie, suivi de maladies chroniques, prévention, renouvellement d'ordonnance, certificat médical, etc.) ; durée moyenne des consultations ; taux d'utilisation des dispositifs biométriques connectés (stéthoscope, otoscope, dermatoscope, ECG, etc.).
- Données d'orientation et de coordination : taux de consultations donnant lieu à une prescription médicamenteuse, à un arrêt de travail, à un examen complémentaire, à une orientation vers un spécialiste, à une orientation vers les urgences ; taux de transmission du compte rendu via le DMP.
- Données de présence humaine : nature du professionnel présent ; nature des actes d'accompagnement réalisés (préparation, aide à l'utilisation des dispositifs, dispensation pharmaceutique, éducation thérapeutique).
- Données techniques : taux de disponibilité du dispositif, incidents techniques, qualité de la téléconsultation (latence, coupures), satisfaction patient (questionnaire en sortie permettant de traiter de la facilité de prise de rendez-vous, du niveau de confiance, de la qualité de « services » de la personne sur place).
- Données économiques internes : coût complet par consultation, recettes générées (facturation CPAM le cas échéant, contributions des partenaires locaux), trajectoire vers l'équilibre économique.
- Données de présence humaine : temps de présence effective du professionnel de santé en accompagnement de la solution, nature des actes d'accompagnement réalisés (préparation, aide à l'utilisation des dispositifs, dispensation pharmaceutique, éducation thérapeutique). Pour les solutions bénéficiant d'une dérogation au principe de présence humaine, indicateurs spécifiques de sécurisation décrits au § 2.1.5.
- Données sur les médecins réalisant les téléconsultations (spécialité, localisation, ...)

Les données collectées sont transmises trimestriellement à l'opérateur sous format standardisé (l'opérateur précise le schéma de données et le format d'export attendus dès la phase de conventionnement, afin d'assurer la comparabilité entre lauréats) pour une restitution consolidée auprès du COPIL. Aucune donnée nominative de santé n'est transmise : les données



sont agrégées par solution, par mois et par catégorie, dans le strict respect du RGPD et du secret médical.

2.1.5 Régime de la présence humaine en espace de téléconsultation

Conformément au principe directeur énoncé au § 1.2, chaque solution déployée intègre par défaut un professionnel de santé éligible ou non à un financement par l'Assurance maladie : infirmier diplômé d'État, pharmacien, sage-femme, kinésithérapeute pour les actes relevant de sa compétence. Le régime principal d'éligibilité est celui de la solution avec présence humaine. L'absence de professionnel de santé n'est éligible qu'à titre dérogatoire, dans les conditions précisées ci-après.

Régime dérogatoire — Solution sans présence humaine ou à présence inférieure à 50 %

L'éligibilité d'une solution sans professionnel de santé — ou avec une présence humaine inférieure à 50 % de l'amplitude horaire — n'est ouverte qu'à titre dérogatoire. Elle suppose la production, par le candidat, d'une note de dérogation motivée intégrée au dossier de candidature.

A titre d'exemples, la note pourrait décrire les circonstances objectives motivant l'absence de professionnel de santé (impossibilité avérée de recruter un professionnel sur le bassin malgré une démarche de prospection documentée auprès de la CPTS, de l'ARS et des ordres professionnels concernés ; configuration du lieu d'implantation incompatible avec une présence dédiée ; coexistence avec une offre soignante de proximité immédiate rendant la présence en accompagnement de la solution redondante ; etc.).

Plafond global des solutions sans présence humaine : afin de garantir la primauté du modèle de téléconsultation accompagné par un professionnel de santé, la part cumulée des montants alloués aux solutions relevant du régime dérogatoire (sans présence humaine ou à présence inférieure à 50 %) ne pourra excéder 10 % du budget total dédié aux solutions de téléconsultation au sein de chaque territoire ou dispositif concerné. **Le plafond de 10 % s'apprécie sur le nombre de solutions (implantation) autonomes rapporté à l'ensemble des solutions lauréates retenues.** Ce plafond s'applique tant aux financements initiaux qu'aux renouvellements, et sera vérifié a posteriori par le COPIL.

2.2 Nature des porteurs de projets

Les porteurs de projets éligibles sont des structures considérées comme des entreprises au sens du droit européen (PME, ETI, GE, associations, coopératives...) et immatriculées en France au Registre du commerce et des sociétés (RCS).

Les projets portés par un consortium associant des partenaires industriels, des organismes de recherche, des maisons de santé pluriprofessionnelles, des CPTS et des collectivités locales et territoriales sont encouragés (cf. critères de sélection).

Les **projets attendus présentent une assiette de dépenses totales d'un montant supérieur à 1 M€** et portent sur la mise en œuvre ou le développement d'une **solution** de facilitation de l'accès aux soins basée sur la télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, etc.) dans une logique de lutte contre les déserts médicaux.



2.3 Critères d'éligibilité

Pour être éligible, un projet :

- **Doit être complet** au sens administratif et soumis dans les délais, au format imposé, sous forme électronique via la plateforme indiquée.
- **Doit répondre aux objectifs** précisés ci-dessus et présenter une assiette de dépenses totales d'un montant supérieur à 1 M€.
- **Doit proposer des solutions déployées dans les zones d'intervention prioritaire (ZIP)**
- **Peut être porté par une entreprise unique (au sens du droit européen) dans le cas d'une candidature seule** et immatriculée en France au RCS à la date de dépôt du dossier.
- **Peut également être porté par un consortium** identifiant une entreprise « cheffe de file » qui rassemble des partenaires industriels et de recherche, pouvant intégrer des médecins, une collectivité locale ou territoriale, une association, une coopérative.
- **Doit porter sur des travaux réalisés** en France et non engagés avant le dépôt de la demande d'aide (la date d'éligibilité des dépenses est précisée en 2.6.2).
- **Doit être composé uniquement de partenaires éligibles** à recevoir des aides publiques (à jour des obligations fiscales et sociales, non soumis à une procédure de récupération d'aides illégales, non « entreprise en difficulté » au sens de la réglementation européenne).
- **Doit proposer une assiette éligible** qui ne fait pas et n'a pas fait l'objet de financements publics hors du présent AMI (État, collectivités, Union européenne ou leurs agences).
- **Doit être conforme au principe DNSH** (Do No Significant Harm — article 17 du règlement européen sur la taxonomie²). Les projets causant un préjudice important à l'environnement seront exclus.
- **Doit fournir au moins 3 lettres d'intention** de territoires (établies par la collectivité, CPTS, officine, hôpital de proximité...), dans lesquelles il est précisé le modèle de présence humaine retenu.
- Doit intégrer une présence humaine systématique en accompagnement de la solution (régime principal). À défaut, doit produire une note de dérogation motivée conforme au § 2.1.5.

2.4 Critères de sélection

Les dossiers sont évalués selon une grille pondérée qui tient compte de la clarté, ambition, crédibilité de l'approche, pertinence du porteur ou du consortium. Une pondération indicative est proposée ci-après.

² <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021R2139&from=EN>



Critère	Description	Pondération indicative
Qualité du protocole d'évaluation propre au candidat	Indicateurs robustes, capacité à mesurer l'utilisation de la solution (voir supra)	20 %
Pertinence territoriale	Inscription dans une « grappe » de communes, raisonnement à la maille CPTS, mobilisation d'acteurs locaux, déploiement effectif dans chaque région et en Outre-mer	20 %
Degré d'innovation	Rupture technologique ou innovation organisationnelle (parcours patient, coordination)	20 %
Viabilité économique et sortie	Modèle d'affaires post-subvention, présentation d'un modèle économique du projet qui détaille notamment les éventuels attendus de la participation des collectivités locales et les modalités de pérennisation à l'issue de l'expérimentation	20 %
Développement durable	Conformité DNSH, sobriété énergétique, neutralité environnementale et/ou démarche d'amélioration vis-à-vis d'une solution de référence (produits/procédé/services existants)	5 %
Éthique et données personnelles	Caractère adapté de la description du niveau de conformité RGPD, hébergeur de données de santé HDS, consentement éclairé, accessibilité	10%
Frugalité foncière	Faible empreinte foncière, agilité de redéploiement	5 %

La grille intègre également deux critères transversaux non pondérés mais éliminatoires :

- Priorité absolue aux Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) — un projet ne ciblant pas des ZIP est inéligible ;
- Conformité aux régimes d'aides retenus.

2.5 Conditions de financement



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité



L'intervention publique s'effectue dans le respect de la réglementation de l'Union européenne en matière d'aides d'État (articles 107 à 109 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, TFUE). Plusieurs régimes d'aides peuvent être mobilisés en fonction de la nature des projets :

Régimes d'aides mobilisés :

- **À titre principal — Régime cadre exempté SA. 111723** relatif aux aides à la recherche, au développement et à l'innovation (RDI) pour la période 2024-2026.
- **A titre principal** - Régime cadre exempté SA.111117 relatif aux aides à l'investissement en faveur des infrastructures locales pour la période 2024-2026
- **À titre subsidiaire — Régime cadre exempté SA. 111728** relatif aux aides en faveur des PME pour la période 2024-2026.
- **À titre subsidiaire — Régime cadre exempté SA. 119559** relatif aux aides à finalité régionale (AFR) pour la période 2024-2026.
- **À titre résiduel — Règlement (UE) 2023/2831 du 13 décembre 2023** relatif aux aides de minimis.

D'autres régimes d'aides notifiés pourront être mobilisés si les caractéristiques du projet le justifient. Les régimes d'aides sont consultables sur <https://www.europe-en-france.gouv.fr>.

2.6 Modalités et intensité de l'aide

Conformément à la réglementation des aides d'État, les aides allouées au titre du présent AMI doivent avoir un effet incitatif. Une aide est réputée avoir un effet incitatif si le bénéficiaire a présenté une demande d'aide écrite avant le début des travaux liés au projet ou à l'activité concernés.

Les dépenses éligibles prises en compte sont celles engagées à partir du moment où le projet a été désigné lauréat dans le cadre du présent AMI. Toute dépense antérieure ne saurait être prise en charge.

Cette enveloppe peut financer jusqu'à 50% du coût du projet, sans excéder 3 millions d'euros. Dès le dépôt de leur dossier, les candidats doivent présenter un plan de financement prévisionnel dédié au projet ainsi qu'être en mesure de démontrer la pérennité financière du projet.

Les subventions sont versées par la Caisse des Dépôts (Banque des Territoires) selon les modalités définies lors du conventionnement avec la structure.

Le financement prend la forme d'une subvention d'un montant maximum dépendant du coût du projet pour un taux maximum de 50% des dépenses éligibles dans le respect de la réglementation relative aux aides d'Etat. Il appartient aux lauréats de trouver les financements complémentaires.



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité



Le taux d'aide indiqué est un taux d'aide maximum : l'opérateur se réserve la possibilité de réduire ce taux selon les caractéristiques, la rentabilité et la pertinence de chaque projet, et ce dans l'objectif d'un bon usage des deniers publics. Le délai maximum de mise en œuvre du programme sera précisé dans la convention de subventionnement.

2.6.1 Fourchette de financement par projet et par porteur de projet

A noter :

- Un porteur de projet est défini par la société et son consortium éventuel.
- Un projet correspond à l'implantation de la totalité des solutions proposées par un porteur de projet.

Item	Plafond
Aide financière par solution	250 000 €
Aide financière par porteur (toutes solutions confondues)	3 000 000 €
Taux d'aide maximum	50 % de l'assiette des dépenses éligibles

2.6.2 Composition de l'aide

L'aide sera composée uniquement d'une subvention afin de favoriser l'innovation d'usage.

NB : 100 % de l'investissement et du fonctionnement des **solutions** sont à la charge de l'entreprise lauréate, modulo le montant de la subvention attribuée. Aucune contribution financière des collectivités territoriales d'accueil n'est sollicitée comme condition d'implantation, étant entendu que les collectivités peuvent contribuer en nature (mise à disposition de locaux, accompagnement à la communication locale, mise à disposition d'un agent médiateur ou assistant médical, etc.).

2.6.3 Éligibilité des dépenses de présence humaine

Dépenses RH éligibles :



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Sont éligibles les coûts salariaux (rémunération brute, charges sociales patronales, frais professionnels directement liés à l'exercice) des personnels suivants, pour la part de leur activité directement affectée au fonctionnement des solutions lauréates dans le cadre de ces projets :

- Professionnels de santé locaux (PSL) éligibles à un financement CPAM en complémentarité : infirmiers diplômés d'État, pharmaciens, sages-femmes, kinésithérapeutes pour les actes relevant de leur compétence (...);
- Personnels d'accompagnement non soignants : médiateurs en santé, agents d'accueil, aides médicales, personnels d'aide à l'utilisation des dispositifs, dans la mesure où leur intervention est directement liée à l'usage de la solution et qu'elle est documentée ;
- Personnels de coordination et de pilotage local : coordinateur de site, référent territorial, dans la limite d'un ETP par tranche de 10 cabines déployées.

Les dépenses sont justifiées par des feuilles de temps signées, des contrats de travail ou de mission, et des bulletins de salaire. Pour les PSL en exercice libéral (pharmaciens d'officine notamment), la rémunération forfaitaire ou vacataire versée par le lauréat est éligible sur production des conventions et factures correspondantes.

Articulation avec les financements CPAM — règle de non-cumul :

Le droit français et européen interdit le double financement public d'une même dépense. Lorsque la présence d'un professionnel de santé local en cabine donne lieu à une rémunération par l'Assurance maladie — typiquement au titre du forfait d'assistance à la téléconsultation (FAT) versé aux pharmaciens et infirmiers, ou de tout dispositif équivalent — cette rémunération CPAM doit être déduite de l'assiette des dépenses éligibles présentée au titre de l'AMI.

En pratique :

- pour les actes ou plages de présence pour lesquels le PSL perçoit une rémunération CPAM (forfait d'assistance, rémunération à l'acte, ROSP applicable), le coût correspondant est exclu de l'assiette éligible ;
- seuls sont retenus dans l'assiette les coûts résiduels supportés par le lauréat : par exemple, le temps de présence non rémunéré par la CPAM, les fonctions d'accompagnement non couvertes par un forfait (médiation, formation des patients, coordination avec la CPTS, gestion administrative de la solution), ainsi que les coûts d'encadrement et de coordination ;
- une note de justification financière détaillant la décomposition du coût par PSL (temps total, fraction prise en charge par la CPAM, fraction résiduelle imputée à l'AMI) est exigée au stade de la candidature et actualisée annuellement pendant l'exécution du programme.

Cette règle d'absence de double-financement s'applique également aux autres flux de financement public concernant la même dépense (subventions de collectivités, fonds européens, fonds régionaux). Le lauréat atteste, dans son plan de financement, de l'absence de double financement.



2.6.4 Versement

Les subventions sont versées par l'Opérateur (Banque des Territoires) selon les modalités définies lors du conventionnement avec la structure unique ou cheffe de file du consortium (voir partie 4 – Conventionnement).

Le versement des aides est subordonné à la conclusion d'une convention attributive d'aide entre l'opérateur et le porteur du projet. Cette convention prévoit notamment les modalités de financement du projet (montant, échéancier).

Le conventionnement fera apparaître les modalités présentées dans la section dédiée au suivi des projets lauréats du présent cahier des charges.

Le candidat (la structure seule ou chef de file du consortium) est le principal contact de la Caisse des Dépôts (Banque des Territoires) et de l'Etat.

Une seule convention sera conclue par projet lauréat. Le candidat répartit l'aide entre les membres du consortium le cas échéant. L'opérateur se réserve le droit d'élaborer d'éventuelles conventions ad hoc avec les porteurs de projet sujets à des avances remboursables.

S'il s'avère, au regard des rapports transmis, que le porteur de projet ne respecte pas les termes tels que définis dans la convention qui le lie à l'opérateur ou utilise les fonds de manière sous-optimale ou n'en utilise pas la totalité, la Caisse des Dépôts (Banque des Territoires) est fondée sur avis du comité de pilotage, à lui demander la restitution totale ou partielle des fonds déjà versés et peut abandonner la poursuite du financement du projet.

Le versement des subventions des lauréats se fait tout au long du projet pour les dépenses engagées strictement à compter de la désignation du projet comme lauréat et jusqu'à la fin du conventionnement.

La subvention est versée de façon échelonnée au lauréat, annuellement sur la durée du programme. Le premier versement est effectué dans les semaines suivant la signature du contrat. Le versement des tranches suivantes est effectué sur justification des dépenses déjà engagées par le projet. Le porteur de projet est tenu d'adresser à l'opérateur l'ensemble des pièces comptables justifiant des dépenses éligibles au sens du présent cahier des charges.

Le montant total de la subvention et ses modalités de versement annuel seront définis dans le cadre du contrat entre les parties.

La Caisse des Dépôts (Banque des Territoires) n'est pas tenue d'octroyer la subvention à un projet dont les éléments essentiels ayant conduit le programme à être lauréat ne sont plus présents au moment de la contractualisation de la subvention. La Caisse des Dépôts (Banque des Territoires) ne sera pas tenue d'octroyer la subvention à un projet lauréat dont les éléments fournis en vue de l'identification et de la connaissance du ou des bénéficiaires ultimes ne seraient pas jugés satisfaisants.

Le versement de l'aide est conditionné à la vérification par l'opérateur, en concertation avec le ou les bailleurs de fonds, de la capacité financière du porteur de projet à mener à bien l'exécution du programme ou la valorisation de ses résultats. La justification de cette capacité peut se faire par



tout moyen (niveau de fonds propres ou quasi-fonds propres, perspectives de levée de fonds, endettement, apports en compte courant d'associé bloqué, capacité d'autofinancement, perspectives de marges dégagées par des contrats signés ou par des projets de contrats en cours de signature).

2.7 Dépenses éligibles et non éligibles

2.7.1 Dépenses éligibles

Catégorie	Détail	Plafond / Particularité
Études amont	Frais d'études de faisabilité, d'ingénierie, d'études de site	Plafond 10 % de l'assiette éligible
Investissement matériel	Amortissement des dépenses d'équipement : Cabines, conteneurs, équipements biométriques connectés CE-médical, mobilier, signalétique. Hors bâtiments en dur.	Conformité CE médical exigée d'une majorité des dispositifs
Connectivité et SI	Routeurs, abonnements satellitaires/4G/5G de la phase de test, infrastructure logicielle de téléconsultation	Pendant la durée du programme
Personnel	Coûts salariaux directement affectés au projet (chercheurs, ingénieurs, chef de projet, RSE/qualité)	Justificatifs de feuilles de temps
Présence humaine	Coûts liés au PSL présent en cabine (infirmier, pharmacien) si non couverts par la rémunération CPAM	Voir éligibilité des dépenses RH 2.6.3
Propriété intellectuelle	Brevets, marques, modèles directement liés au projet	
Ingénierie sociale	Médiation numérique, accompagnement des publics éloignés, lutte contre la fracture numérique.	
Évaluation interne (cf niveau 2) en 2.1.4	Évaluation interne du projet	
Communication locale	Plaquette, signalétique, lancement local	Plafond 5 % de l'assiette



2.7.2 Dépenses non éligibles

- Acquisition ou construction de bâtiments en dur ;
- Toutes dépenses effectuées avant la fin de la phase 2 de l'instruction ;
- Loyers commerciaux récurrents au-delà de la durée du programme ;
- Dépenses déjà couvertes par d'autres aides publiques (cumul interdit hors hypothèses prévues par les régimes d'aides) ;
- TVA récupérable ;
- Charges financières et frais bancaires ;
- Pénalités, amendes, frais de contentieux ;
- Dépenses engagées hors du territoire national (sauf exception dûment justifiée et limitée).

2.8 Modalités de candidature

Les candidatures doivent être adressées via la **plateforme demarche-numerique.gouv.fr** prévue à cet effet et sous la forme du dossier de candidature. Le dossier doit comporter l'ensemble des éléments nécessaires à son évaluation (technique, économique et financière) et être complet au moment du dépôt du dossier de candidature. Les dossiers papiers ne seront pas acceptés.

Aucun élément complémentaire ne pourra être accepté après la clôture de la vague sélectionnée dont la date et l'heure sont fixées au :

jeudi 17 septembre 2026 à 23h59 (heure de Paris)

Le dossier devra être constitué des pièces listées à l'annexe 1. Tout dossier incomplet sera irrecevable et ne sera, de ce fait, pas examiné.

Les projets peuvent être soumis pendant la période d'ouverture de l'appel à manifestation d'intérêt. Ils ne sont toutefois relevés et instruits qu'à la date de clôture de cette période.

Pour toute demande de renseignement sur le présent appel à projets, les candidats pourront poser leurs questions directement en sélectionnant cet appel à projets sur le site demarches-simplifiees.fr ou via l'adresse dédiée pia-esante@caissedesdepots.fr.

La Banque des Territoires conduira une instruction préliminaire d'éligibilité des projets candidats. Après cette première phase d'instruction, les candidats pourront être auditionnés et seront évalués par un Comité d'experts, incluant des membres de la Banque des Territoires. Le Comité d'experts retiendra la liste des lauréats qui sera proposée au COPIL.



3 – PROCESSUS DE SELECTION ET PHASAGE

3.1 Pilotage et instruction

L'instruction des dossiers est conduite par la Banque des Territoires, en lien avec :

- le Ministère de l'Aménagement du territoire et de la Décentralisation (ANCT, DGCL) ;
- le Ministère chargé de la Santé ;
- les Services du Premier ministre ;
- le Secrétariat général pour l'investissement (SGPI) ;
- la CNAM, sur les questions d'éligibilité au financement Assurance maladie.

Ces entités constituent le Comité de pilotage (COPIL) de l'AMI.

3.2 Phasage en trois temps

3.2.1 Phase 1 — Candidature et vérification de l'éligibilité

Le dépôt des dossiers de candidature se fait via la plateforme « démarches numériques ».

Aucun élément complémentaire n'est accepté après chaque relève des dépôts, dont la première date et heure sont fixées au **jeudi 17 septembre 2026 à 23h59** (heure de Paris)

Modalités de dépôt et relève

Le dispositif prévoit deux relèves afin d'assurer une fluidité dans le traitement des dossiers et une optimisation des crédits disponibles. La première relève des dépôts interviendra le **17 septembre 2026 à 23h59** (heure de Paris). Par la suite, une seconde relève sera organisée le **17 novembre 2026 à 23h59** (heure de Paris).

Nota bene : les dates de relève pourront être ajustées en fonction des disponibilités budgétaires, sous réserve d'une information préalable des porteurs de projet via les canaux officiels du programme France 2030.



Une fois la date de relève passée, l'opérateur procède à l'analyse de l'éligibilité administrative et du synopsis du projet. Le dossier doit comporter l'ensemble des éléments nécessaires à son évaluation (technique, économique, financière) et être complet à la date de dépôt.

Lors du dépôt de leur candidature, les porteurs devront préciser :

- Le nombre de sites qu'ils auront la capacité de proposer, par tranche (a minima 5, 10, 20 solutions) ;
- Les différents types de territoires cibles (grands centres urbains, bourgs ruraux, rural à habitat dispersé, etc.), la proximité avec les urgences et le contexte d'implantation (critères et justification de la demande par les collectivités et acteurs locaux) ;
- Le modèle de présence humaine retenu pour chaque solution envisagée (régime principal — permanente ou régulière — ou régime dérogatoire avec note motivée jointe) ;
- Leurs critères d'implantation permettant le bon fonctionnement des solutions : densité de population, type de communes, partenariats locaux mobilisables, qualité de la connectivité disponible, présence d'une CPTS, etc. ;
- A minima trois lettres d'intention de territoires ou de partenaires locaux.

3.2.2 Phase 2 — Présélection et auditions

Une fois les vérifications concernant l'éligibilité des dossiers effectuées, la liste des dossiers de candidatures considérés comme éligibles est transmise au COPIL.

Les étapes de sélection sont les suivantes :

- **Présélection :** l'ensemble des dossiers complets jugés éligibles administrativement sera examiné et une première analyse sur la base des critères de sélection mentionnés plus haut sera effectuée par l'opérateur et présentée au COPIL en amont des auditions.
- **Audition :** passage devant un jury d'experts indépendants pour les projets présélectionnés.
- **Décision :** la décision finale d'octroi de l'aide est prise par la ministre de l'Aménagement du territoire et de la Décentralisation, après avis du COPIL.

3.2.2 Phase 3 — Détermination des territoires d'implantation



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité



Une fois les lauréats désignés, la localisation géographique précise des solutions est établie dans un dialogue entre l'État (ARS et Préfets), l'opérateur (Banque des Territoires) et chaque entreprise lauréate. Cette phase permet :

- De définir des implantations complémentaires au maillage constitué par les structures de soins labellisées France Santé, et plus largement avec l'offre de soins déjà disponible.
- De garantir le maillage et la répartition des solutions selon les besoins réels du territoire et leurs caractéristiques (cabine en pharmacie, en gare, en mairie, etc.) ;
- De privilégier les centres-villes des communes « Action Cœur de Ville » et « Petites Villes de Demain » ;
- De raisonner à la maille CPTS pour favoriser la coordination de l'offre de soins.

3.2.3 Souplesse de redéploiement en cours d'expérimentation

L'impact de l'installation de ces **solutions** sera suivi tout au long de l'AMI. Le niveau de fréquentation faible pourra déclencher un redéploiement sur un autre emplacement. Une revue calendaire à 6 et 12 mois sera obligatoire entre lauréat, opérateur et État et permettra de statuer sur ces redéploiements. Le lauréat pourra également saisir au préalable l'opérateur.

Le redéploiement n'altère pas le régime de présence humaine retenu : une solution du régime principal conserve son obligation de présence humaine sur le nouveau site ; une solution dérogatoire fait l'objet d'un réexamen de la dérogation au regard des conditions du nouveau territoire.

3.3 Calendrier prévisionnel

Étape	Date prévisionnelle
Publication du cahier des charges	20 juillet 2026
Webinaire de présentation de l'AMI	23 juillet 2026 : 9h30-10h30
Webinaire de présentation de l'AMI	4 septembre 2026 : 9h30-10h30
Date limite de la première relève des dépôts	17 septembre 2026 à 23h59
Date limite de la deuxième relève des dépôts	17 novembre 2026 à 23h59

4 - MODELE DE CONVENTIONNEMENT ET DE SUIVI DES PROJETS LAUREATS

4.1 Architecture conventionnelle

Le contrat conclu entre la Banque des Territoires et le lauréat couvre l'ensemble de la durée du programme. L'architecture retenue repose sur une convention-cadre par lauréat, complétée d'annexes par territoire d'implantation.

Niveau	Objet	Modalité d'évolution éventuelle
Convention-cadre	1 lauréat = 1 subvention = 1 nombre de solutions à déployer. Fixe les engagements globaux, le calendrier, les indicateurs et les modalités de paiement.	Avenant (modification substantielle)
Annexe par territoire	1 annexe par solution implantée : adresse, partenaire local d'accueil, date de mise en service, modalités spécifiques.	Substitution simplifiée par avenant en cas de redéploiement
Avenant de redéploiement	Mécanisme accéléré pour le switch d'emplacement (cf. 3.2.3).	Validation conjointe BdT / lauréat

La convention signée entre la Caisse des Dépôts (Banque des Territoires) et le lauréat porte sur l'ensemble de la durée du projet.

Les porteurs des projets lauréats sont tenus à une obligation de transparence et de reporting au comité de pilotage du Plan Dispositifs Médicaux France 2030 et de la Caisse des Dépôts (Banque des Territoires) jusqu'à la phase d'évaluation ex post du programme.

Ainsi, les porteurs lauréats s'engagent à faire remonter les indicateurs d'avancée du projet préalablement définis avec l'opérateur. Cette remontée d'indicateurs pourra s'accompagner d'un échange (présentiel ou distanciel).

Ces indicateurs concernent notamment les indicateurs France 2030, devant être reportés à chaque demande de versement.

Les porteurs lauréats devront également participer aux différentes réunions (échanges, groupe de travail, etc.) liées au suivi et aux perspectives de l'appel à projet.



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Les lauréats sont tenus de remettre annuellement à la Caisse des Dépôts (Banque des Territoires) un rapport de l'avancement du projet, en plus d'éventuelles obligations définies au moment du conventionnement.

Ce rapport sera susceptible d'être publié par l'opérateur ou les différents ministères impliqués. Le porteur de projet pourra indiquer les parties du rapport qu'il souhaite raisonnablement exclure de la communication publique en raison de leur confidentialité.

La publication de ce rapport pourra donner lieu à une journée de valorisation annuelle, organisée par la Caisse des Dépôts (Banque des Territoires) et le COPIL, auquel les porteurs de projets devront participer activement en leur qualité de lauréat.

Des travaux sur le rapport pourront être menés dans le cadre du réseau des lauréats de l'AMI.

4.2 Confidentialité

Les documents transmis dans le cadre de cet AMI sont soumis à la plus stricte confidentialité et ne sont communiqués qu'aux membres du comité de sélection. L'ensemble des personnes ayant accès aux dossiers de candidature est tenu à la plus stricte confidentialité. Toute opération de communication est concertée par le comité de pilotage avec l'appui de la Caisse des Dépôts (Banque des Territoires), afin de vérifier notamment le caractère diffusable des informations.

4.3 Communication

Chaque projet soutenu est tenu de mentionner ce soutien dans ses actions de communication, avec la mention unique : « Ce projet a été financé par l'Etat dans le cadre du plan France 2030. ». L'Etat se réserve le droit de communiquer sur les objectifs généraux de l'action, ses enjeux et ses résultats, le cas échéant à base d'exemples anonymisés et dans le respect du secret des affaires. Toute autre communication est soumise à l'accord préalable du porteur de projet.

La Banque des Territoires fournira aux porteurs de projet un « kit de communication » France 2030, présentant les éléments obligatoirement à communiquer numériquement, comme les logos.

4.4 Obligations de transparence et reporting

Les lauréats sont tenus à une obligation de transparence et de reporting vis-à-vis du comité de pilotage interministériel et de la Banque des Territoires jusqu'à la phase d'évaluation ex post. Ils s'engagent à transmettre à l'opérateur les indicateurs préalablement contractualisés, listés en paragraphe 2.1.4 Niveau 2 — Évaluation interne portée par chaque lauréat.

Le porteur de projet est tenu de communiquer régulièrement à l'opérateur et à l'Etat les éléments d'informations nécessaires à l'évaluation de l'avancement du projet ainsi que de l'impact



environnemental du projet. Cette évaluation *in itinere* pourra se poursuivre après réalisation du projet. Ces éléments et leurs évolutions, sont précisés dans conditions générales de la convention d'aide entre l'opérateur et le porteur de projet.

4.5 Sortie du dispositif et pérennisation

Les sociétés candidates devront répondre à cette question dans leur dossier, en présentant a minima les éléments suivants :

- Modèle économique cible à l'issue de la subvention (rémunération à l'acte remboursée par l'Assurance maladie, abonnement collectivité, modèle hybride) ;
- Trajectoire de prise en charge progressive du financement par les acteurs cibles (CPAM, mutuelles, complémentaires, collectivités) ;
- Scénario alternatif en cas de non-pérennisation (redéploiement, cession, démantèlement maîtrisé) ;
- Articulation avec les structures labellisées France Santé.

5. Annexes

Annexe 1 — Composition du dossier de candidature

Le dossier de candidature comprend les pièces suivantes :

- 1A/ Description du projet : 1 document au format Word ou PDF (5 pages maximum), avec modèle de présence humaine retenu pour chaque solution et, le cas échéant, note de dérogation motivée conforme au § 2.1.5 ;
- 1B/ Cadre de réponse et annexe financière du projet : 1 document multi-onglet au format Excel
- 1C/ Powerpoint de présentation du projet : 1 document au format Powerpoint (10 slides maximum)
- 1D.1/ Acte de candidature
- 1D.2/ Déclaration d'aides publiques
- 1D.3/ Lettres de mandat des membres du consortium le cas échéant
- 1D.4/ Lettres d'intention d'a minima 3 collectivités partenaires du projet
- Pièces justificatives à joindre
 - Pièce d'identité du représentant légal
 - Fiche SIREN



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité



- Rapports financiers 2025 (bilan et compte de résultat) de la société qui développera les solutions de télémédecine
- Si association, PV d'AG de désignation du représentant légal
- Si société, KBIS de moins de 3 mois
- 1E/ Indicateurs France 2030 : 1 document au format Excel

Annexe 2 — Cartographie des Zones d'Intervention Prioritaire

La cartographie des territoires sous-denses en médecins est consultable en ligne :

https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=zonage_mg_qpv.zon_qpv&i2=zonage_conv.z_gen&t=A01&t2=A01&view=map12

La prise en compte des ZIP est obligatoire : un projet ne ciblant pas majoritairement des ZIP est inéligible.

Annexe 3 — Glossaire

Sigle	Définition
AFR	Aide à finalité régionale
AIS	Agence de l'innovation en santé
ALD	Affection de longue durée
AMI	Appel à manifestation d'intérêt
ANCT	Agence nationale de la cohésion des territoires
APL	Accessibilité potentielle localisée
BdT	Banque des Territoires
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
DGCL	Direction générale des collectivités locales
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DNSH	Do No Significant Harm
ETI	Entreprise de taille intermédiaire



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*



HDS	Hébergeur de données de santé
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PME	Petite et moyenne entreprise
PSL	Professionnel de santé local
RDI	Recherche, développement et innovation
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SGPI	Secrétariat général pour l'investissement
ZIP	Zone d'intervention prioritaire