

FOIRE AUX QUESTIONS

Questions des candidats et réponses de l'opérateur, classées par thématiques du cahier des charges

Version	v1 — 6 septembre 2026
Opérateur	Caisse des Dépôts — Banque des Territoires
Document de référence	Cahier des charges V2 mis à jour le 30 juillet 2026
Relèves des dépôts	17 septembre 2026 et 17 novembre 2026, 23h59 (heure de Paris)
Contact candidats	pia-esante@caissedesdepots.fr

Note de lecture

Le présent document rassemble les questions les plus fréquentes posées par les candidats à l'appel à manifestation d'intérêt, ainsi que les réponses apportées par l'opérateur et les représentants de l'État.

Le classement thématique suit l'architecture du cahier des charges.

Statut des réponses

Les réponses issues du cahier des charges ont une valeur contractuelle.

Les précisions apportées oralement en webinaire ou par échange écrit ont une valeur d'interprétation et n'emportent pas modification du cahier des charges.

Sommaire

1. Finalité, périmètre et articulation avec les politiques publiques	Q1 à Q5
2. Nature des projets attendus et définition d'une « solution »	Q6 à Q13
3. Volumétrie, couverture territoriale et zonage ZIP	Q14 à Q21
4. Porteurs de projet : chef de file, consortium et partenaires	Q22 à Q30
5. Présence humaine et régime dérogatoire	Q31 à Q35
6. Éligibilité administrative et capacité financière du candidat	Q36 à Q43
7. Financement : intensité de l'aide, cofinancement et reste à charge	Q44 à Q51
8. Dépenses éligibles et non éligibles	Q52 à Q59
9. Non-cumul des financements publics et articulation avec l'Assurance maladie	Q60 à Q63
10. Modèle économique, recettes et pérennisation	Q64 à Q66
11. Évaluation du dispositif et des solutions	Q67 à Q71
12. Calendrier, relèves et dossier de candidature	Q72 à Q78
13. Instruction, sélection et gouvernance	Q79 à Q84
14. Conventionnement, suivi, communication et confidentialité	Q85 à Q88
15. Points appelant une confirmation ou une correction du cahier des charges	—
16. Glossaire	—

Le document comporte 88 questions réparties en 14 thématiques, suivies d'un tableau des points appelant une confirmation et d'un glossaire.

1. Finalité, périmètre et articulation avec les politiques publiques

Réf. cahier des charges : partie 1 — Contexte et objectifs de l'appel à manifestation d'intérêt.

Q1. Quelle est la finalité exacte de l'AMI ?

L'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 télémedecine, dans des espaces ouverts au public, faciles d'accès, à pression foncière limitée, s'appuyant sur du matériel médical connecté et sur la présence d'un professionnel de santé accompagnant la télémedecine.

Le cahier des charges est explicite sur un point structurant : 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. L'évaluation constitue donc la finalité même du dispositif.

Réf. : CDC § 1.2 et § 2.1.4

Q2. Comment l'AMI s'articule-t-il avec le réseau « France Santé » ?

En complémentarité et non en concurrence. L'AMI s'inscrit en cohérence avec le plan annoncé par le Premier ministre le 13 septembre 2025 et apporte une réponse territoire par territoire, par voie d'expérimentation, dans une logique de parcours de santé.

Il a été précisé en séance que l'AMI est conçu pour offrir davantage de flexibilité que le réseau France Santé et pour vérifier si les lauréats apportent, à l'issue de l'expérimentation, quelque chose au système de santé — l'objectif étant, le cas échéant, de pouvoir labelliser « France Santé » les solutions qui auront fait leurs preuves. La phase 3 du processus de sélection vise d'ailleurs explicitement à définir des implantations complémentaires du maillage constitué par les structures labellisées France Santé.

Réf. : CDC § 1.1, § 3.2.2 (phase 3) et § 4.5 ; webinaire

Q3. S'agit-il d'un appel à projets de recherche et développement ?

Non. La logique est celle du déploiement et non de la R&D : l'AMI vise à agréger, en un même lieu, des solutions ayant déjà fait leurs preuves sur le marché, et à en tester massivement le déploiement sur un temps court. Un projet dont l'objet principal serait le développement d'une brique technologique nouvelle relève d'autres dispositifs France 2030.

La durée des projets financés est de 2 ans maximum.

Réf. : CDC § 2.1.1 ; webinaire

Q4. Peut-on s'appuyer sur les tiers-lieux d'expérimentation en santé numérique (TLE) ?

Les synergies entre les objets financés dans le cadre de France 2030 sont valorisées, et les candidats sont encouragés à tisser des liens avec les structures, les établissements et les tiers-lieux d'expérimentation.

Une réserve a toutefois été exprimée en séance sur le fait de confier à un tiers-lieu la conduite de l'évaluation : une étude d'impact robuste est attendue, portée par des méthodologistes dont c'est le cœur de métier. Il convient au demeurant de rappeler que l'évaluation externe n'est pas à la charge des candidats : elle est conduite par un cabinet indépendant désigné par la Banque des Territoires.

Réf. : CDC § 2.1.4 (niveau 1) ; webinaire

Q5. L'AMI couvre-t-il les territoires ultramarins, y compris la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie ?

Oui. Il est possible de proposer des solutions qui seraient déployées en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie. L'AMI vise plus largement un déploiement dans chaque région métropolitaine et dans au moins un territoire ultramarin. Ce maillage territorial a vocation à être atteint grâce à l'ensemble des lauréats de l'AMI et non au sein d'une seule candidature.

Réf. : Q/R écrites (réponse confirmée à deux reprises) ; CDC § 2.1.3

2. Nature des projets attendus et définition d'une « solution »

Réf. cahier des charges : § 2.1.1 à § 2.1.3 — Nature et typologie des projets attendus.

Q6. Qu'est-ce qu'un projet éligible au sens de l'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 télémedecine et l'examen clinique à distance ;
- une chaîne technologique comprenant les équipements biométriques connectés, la solution logicielle de télémedecine, 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, selon les modalités du § 2.1.5, l'absence de professionnel de santé sur site n'étant éligible qu'à titre dérogatoire.

Réf. : CDC § 2.1.1

Q7. Qu'entend-on exactement par « une solution » ? Un camion connecté embarquant plusieurs outils de diagnostic constitue-t-il une solution unique ou plusieurs ?

Une solution correspond à l'intégration, en un même lieu, de l'ensemble des innovations mobilisées pour former une offre cohérente : le camion connecté, le conteneur médicalisé ou l'espace dédié constituent, avec tout ce qu'ils embarquent, une seule et même solution. L'innovation réside dans l'organisation d'ensemble mise en place, non dans chaque brique prise isolément.

La notion de solution emporte également une dimension territoriale : elle s'entend comme une implantation. Il a été précisé en séance que l'AMI ne demande pas cinq solutions différentes par porteur, mais une solution déployée sur cinq territoires distincts, avec des ajustements à la marge possibles selon les besoins de chaque territoire.

Réf. : CDC § 2.1.1 et § 2.1.3 ; webinaire

Q8. Un même dispositif technologique peut-il être mobilisé sur plusieurs solutions ?

Oui. Une solution s'entend comme la combinaison d'un territoire, d'un dispositif technologique et d'une organisation sanitaire locale (CPTS, MSP, hôpital) : un même dispositif technologique peut donc être mobilisé au sein de plusieurs solutions.

Réf. : Webinaire

Q9. Une solution mono-spécialité (par exemple des cabines de télémedecine en ophtalmologie uniquement) est-elle éligible ?

Elle n'est pas exclue, mais elle sera nettement moins bien positionnée. L'objectif de l'AMI est de rendre le soin accessible à travers une offre la plus complète possible, allant du renouvellement d'ordonnance au dépistage. Une solution limitée à une seule spécialité aura beaucoup moins de chances d'être retenue face à des candidatures proposant une offre globale.

C'est précisément la raison pour laquelle la logique de consortium est mise en avant : un acteur spécialisé a intérêt à s'allier avec d'autres briques technologiques ou d'autres spécialités pour couvrir un parcours de santé complet.

Réf. : CDC § 2.4 (critère « degré d'innovation » et « pertinence territoriale ») ; webinaire

Q10. Une solution de télé-réadaptation portée par une association de kinésithérapeutes est-elle éligible, ou l'AMI vise-t-il uniquement la télémedecine ?

La réponse apportée en séance est la même que pour les solutions mono-spécialité : ce type de projet n'est pas déclaré non éligible, mais il apparaît un peu trop circonscrit au regard de l'offre de soins globale recherchée, qui doit pouvoir répondre à des soins non programmés comme à la prise en charge de pathologies chroniques. Il se situe donc moins au cœur des solutions recherchées.

Réf. : Webinaire

Q11. Un dispositif itinérant (camion stationnant selon un calendrier de tournée devant des pharmacies, mairies ou lieux publics, avec un IDE présent) correspond-il au modèle attendu ?

Le principe du dispositif mobile est admis : le cahier des charges vise des infrastructures légères, fixes ou redéployables, et cite explicitement les maisons de santé mobiles ou modulaires parmi les exemples de solutions attendues. La présence d'un infirmier diplômé d'État en accompagnement correspond par ailleurs au régime principal de présence humaine.

En revanche, la volumétrie s'apprécie en implantations distinctes. À la question « un bus médicalisé se déplaçant sur cinq territoires est-il éligible, ou faut-il cinq bus ? », la réponse apportée en séance a été : cinq bus. Un unique véhicule effectuant une tournée à l'intérieur d'un même territoire ne satisfait donc pas, à lui seul, l'exigence d'un minimum de cinq solutions.

Réf. : CDC § 1.2, § 1.3 et § 2.1.3 ; webinaire

Q12. Un dispositif de diagnostic délocalisé encore en cours de développement peut-il être intégré, ou faut-il qu'il soit déjà commercialisé ?

Il est préférable que les solutions soient déjà sur le marché. L'AMI n'a pas vocation à évaluer la robustesse de produits ou de briques technologiques en cours de développement : multiplier les variables non éprouvées empêcherait d'identifier les causes d'un éventuel échec.

La logique est celle de l'agrégation, en un même lieu, de solutions ayant déjà fait leurs preuves. Les candidatures intégrant des solutions matures seront donc privilégiées.

Réf. : CDC § 1.2 (« déjà opérationnelles ou en passe de l'être ») ; webinaire

Q13. Quelles caractéristiques technologiques et organisationnelles minimales sont attendues ?

- Connectivité résiliente : réseaux satellitaires, fibre, 4G/5G garantissant une télémedecine 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 (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 ;
- Articulation avec l'offre de soins locale, en complémentarité et non en substitution, avec information et association de la CPTS, des médecins traitants exerçant à proximité et de l'ARS dès la phase de prospection ;
- Parcours patient documenté, depuis l'orientation du patient jusqu'à la prise en charge en aval (transmission au DMP sur Mon Espace Santé, orientation vers un spécialiste, suivi des prescriptions et des renouvellements).

Réf. : CDC § 2.1.2

3. Volumétrie, couverture territoriale et zonage ZIP

Réf. cahier des charges : § 2.1.3, § 2.3 et annexe 2 — Volumétrie, géographie attendue et cartographie des ZIP.

Q14. Combien de solutions un projet doit-il s'engager à déployer ?

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.

Réf. : CDC § 2.1.3 et § 3.2.1

Q15. L'exigence de couverture de l'ensemble des régions métropolitaines et d'au moins un territoire ultramarin s'applique-t-elle à chaque candidat pris isolément ?

Non. Cette couverture peut être assurée par un seul lauréat s'il en démontre la capacité, ou par la complémentarité de plusieurs lauréats, la répartition étant arrêtée en phase 2.

Il a été confirmé en séance que l'obtention d'une couverture nationale, métropole et Outre-mer, relève de la responsabilité de l'organisateur de l'AMI, à travers le mix des candidatures retenues, et non de celle de chaque candidat.

Un projet circonscrit à un périmètre départemental reste donc recevable dès lors qu'il respecte le minimum de cinq solutions déployées en ZIP. Il convient toutefois de noter que la 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 — fait partie des éléments de la grille de sélection.

Réf. : CDC § 2.1.3 et § 2.4 ; webinaire

Q16. L'implantation en zone d'intervention prioritaire (ZIP) est-elle obligatoire ?

Oui, et il s'agit d'un critère éliminatoire. Un projet ne ciblant pas des ZIP est inéligible ; l'annexe 2 précise qu'un projet ne ciblant pas majoritairement des ZIP est inéligible. La cartographie de référence est consultable sur le site CartoSanté (atlasante.fr).

Réf. : CDC § 2.3, § 2.4 (critères éliminatoires) et annexe 2

Q17. Le porteur privé doit-il disposer d'un établissement enregistré dans la zone d'intervention prioritaire ?

Non. Aucune obligation d'enregistrement du porteur dans la ZIP n'est prévue : une entreprise ayant son siège à Paris peut intervenir en Lozère. Ce sont les solutions déployées qui doivent être implantées en zone d'intervention prioritaire, y compris lorsque l'entreprise est rattachée à une maison mère située en métropole dense.

Réf. : CDC § 2.3 ; webinaire

Q18. Notre territoire est « mité » : certaines communes couvertes par la CPTS sont en ZIP, d'autres en ZAC. Comment le critère de zonage sera-t-il apprécié par le jury ?

C'est le niveau de couverture en ZIP qui est privilégié. Le cahier des charges décrit ce qui est ciblé et ce qui est le plus souhaitable ; la couverture ZIP est visée de manière prioritaire et constitue le critère discriminant. Un zonage hétérogène n'est pas rédhibitoire en soi, dès lors que le projet cible majoritairement des ZIP.

Réf. : CDC § 2.4 et annexe 2 ; webinaire

Q19. Quels lieux d'implantation sont considérés comme pertinents ?

À titre indicatif : officines de pharmacie (cabine en pharmacie ou à proximité) ; centres-villes des communes éligibles aux programmes « Action Cœur de Ville » ou « Petites Villes de Demain » ; gares, pôles d'échanges multimodaux et maisons France Services ; maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé et cabinets infirmiers ; locaux communaux ou intercommunaux mis à disposition par les collectivités.

Les projets précisent également la typologie INSEE des communes cibles (rural isolé, rural sous influence d'un pôle, périurbain, ville moyenne) et leur appartenance éventuelle aux programmes « Action Cœur de Ville », « Petites Villes de Demain », « Avenir Montagnes », « Villages d'Avenir » ou aux quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Réf. : CDC § 2.1.3

Q20. Chaque candidat doit-il proposer l'ensemble des typologies d'implantation ?

Non. L'exigence de diversité des typologies d'implantation (officine, gare, mairie, MSP, locaux de collectivité) est portée par le jury et le COPIL au stade de la décision finale, à l'échelle du programme, et non par chaque candidat pris isolément.

Réf. : CDC § 2.1.3

Q21. Comment les besoins des territoires peuvent-ils être portés à la connaissance des entreprises candidates ?

Le calendrier resserré du dispositif n'a pas permis d'organiser un exercice de mise en relation entre porteurs de projets et territoires. La démarche fonctionne donc dans l'autre sens : ce sont les entreprises qui, disposant de solutions, vont démarcher les collectivités et les acteurs locaux, notamment sur la base d'une cartographie établie en amont.

Une collectivité souhaitant être associée peut se faire connaître des consortiums en constitution ; le levier formel reste la lettre d'intention, dont au moins trois sont exigées au stade du dossier de candidature.

Réf. : CDC § 2.3 et § 3.2.1 ; webinaire

4. Porteurs de projet : chef de file, consortium et partenaires

Réf. cahier des charges : § 2.2 et § 2.3 — Nature des porteurs de projets et critères d'éligibilité.

Q22. Qui peut être chef de file d'un projet ?

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

Le projet peut être porté par une entreprise unique candidatant seule, ou 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 ou une coopérative.

Réf. : CDC § 2.2 et § 2.3

Q23. Une collectivité ou une communauté de communes, notamment dans le cadre d'un contrat local de santé, peut-elle porter la candidature ?

Non, pas en qualité de chef de file. Le cahier des charges a été modifié pour préciser que seules les entreprises peuvent être cheffes de file sur cet AMI.

Les collectivités peuvent en revanche être co-porteuses et faire partie du consortium. Leur appui — par lettre d'intention et/ou par cofinancement — demeure non seulement possible, mais encouragé.

Réf. : CDC § 2.2 et § 2.3 ; Q/R écrites ; webinaire

Q24. Une CPTS constituée en association loi 1901 peut-elle candidater seule en tant que porteur ?

Non. Il a été confirmé en séance qu'une CPTS ne peut pas être cheffe de file, mais qu'elle peut — et il est même jugé essentiel qu'elle puisse — faire partie du consortium. Les porteurs de projet auront besoin du soutien des CPTS pour asseoir la crédibilité territoriale de leur candidature.

La voie recommandée pour une CPTS déjà engagée dans un projet est donc de se rapprocher d'une société privée partenaire qui se positionnera comme cheffe de file, la CPTS intégrant le consortium.

Réf. : CDC § 2.2 ; Q/R écrites ; webinaire

Q25. Pourquoi les collectivités et les structures associatives sont-elles écartées du rôle de chef de file ?

Il s'agit d'un choix assumé, explicité en séance. Le dispositif a été conçu comme une expérimentation « flash », dotée d'une enveloppe restreinte et d'un processus très resserré, avec la volonté de mettre l'accent sur l'expérimentation de solutions portées par des entreprises et de faire émerger des porteurs capables de déployer rapidement.

Les contraintes attachées aux crédits France 2030 mobilisés ont également pesé sur cette décision. Il a été souligné que ce choix n'écarte nullement les collectivités : elles ont toute leur place dans le consortium, et le recours à la Banque des Territoires comme opérateur constitue en soi un signal adressé aux territoires.

Enfin, il a été indiqué que si l'expérimentation s'avère concluante, de nouveaux financements pourraient être recherchés pour permettre, à l'avenir, un pilotage par les collectivités territoriales ou les associations.

Réf. : Webinaire

Q26. Pourquoi un minimum de cinq solutions ? Ce seuil paraît difficile à atteindre pour une entreprise seule.

Le seuil ne porte pas sur cinq solutions différentes par porteur, mais sur une même solution déployée sur cinq territoires. Cette précision lève l'essentiel de la difficulté soulevée.

La logique d'ensemble a été explicitée : l'enveloppe de 10 M€ ne permet pas de résoudre le problème des déserts médicaux, mais de tester massivement des solutions déjà éprouvées.

Réf. : CDC § 2.1.3 et § 2.6.1 ; webinaire

Q27. Qu'attend-on concrètement d'un consortium ?

La complémentarité. Le schéma type consiste, pour un acteur maîtrisant un canal de déploiement (cabines, bus, MSP, conteneurs) et une connaissance du terrain, à s'associer avec des détenteurs de briques technologiques ou de spécialités complémentaires afin de constituer une offre de santé globale.

Les projets portés par un consortium associant partenaires industriels, organismes de recherche, maisons de santé pluriprofessionnelles, CPTS et collectivités locales et territoriales sont explicitement encouragés et valorisés dans la grille de sélection.

Réf. : CDC § 2.2 et § 2.4 ; webinaire

Q28. En tant que fabricant de dispositifs médicaux, pouvons-nous participer à plusieurs projets déposés, ou déposer nous-mêmes plusieurs projets sur des cas d'usage et des territoires différents ?

Oui, dans les deux cas. Il a été souligné que la diversité des solutions et des territoires constitue précisément un objectif du dispositif.

Réf. : Webinaire

Q29. Un partenaire stratégique territorial supportant directement des dépenses doit-il obligatoirement devenir membre du consortium ?

Ce choix revient au candidat. Deux options sont ouvertes :

- le partenaire intègre le consortium et bénéficie à ce titre d'une part de la subvention ;
- le partenaire reste extérieur au consortium, conventionne avec le chef de file et facture ses prestations au projet, la gestion de cette relation restant à la main du chef de file, dans la limite des dépenses éligibles.

Une seule convention est conclue par projet lauréat, le chef de file répartissant ensuite l'aide entre les membres du consortium.

Réf. : CDC § 2.6.4 ; Q/R écrites

Q30. Notre société est de droit français et opère uniquement en France, mais s'est rapprochée capitalistiquement d'une société de droit espagnol, elle-même détenue par une société américaine. Cette configuration est-elle disqualifiante ?

Les conditions posées portent sur la qualité d'entreprise au sens du droit européen, l'immatriculation en France au RCS à la date de dépôt, la réalisation des travaux en France et l'éligibilité aux aides publiques (situation régulière au regard des obligations fiscales et sociales, absence de procédure de récupération d'aides illégales, entreprise non « en difficulté » au sens de la réglementation européenne). Le financement France 2030 doit couvrir exclusivement des actions réalisées en France.

Sur la base de ces seuls critères, la configuration décrite n'apparaît pas disqualifiante.

Réf. : CDC § 2.2 et § 2.3

5. Présence humaine et régime dérogatoire

Réf. cahier des charges : § 1.2 et § 2.1.5 — Régime de la présence humaine en espace de télémedecine.

Q31. La présence d'un professionnel de santé est-elle obligatoire ?

Oui, par principe. Tout projet candidat doit, par défaut, intégrer une présence humaine dans chacune des solutions qu'il propose de déployer. Le régime principal d'éligibilité est celui de la solution avec présence humaine ; l'absence de professionnel de santé sur site n'est éligible qu'à titre dérogatoire.

Ce principe vise 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.

Réf. : CDC § 1.2 et § 2.1.5

Q32. Quels professionnels de santé peuvent assurer cet accompagnement ?

Un professionnel de santé local, éligible ou non à un financement par l'Assurance maladie : infirmier diplômé d'État, pharmacien, sage-femme, ou kinésithérapeute pour les actes relevant de sa compétence.

Le modèle de présence humaine permanente correspond à la présence en cabine d'un professionnel de santé local éligible à un financement CPAM sur 100 % de l'amplitude horaire d'ouverture.

Réf. : CDC § 1.2, § 2.1.2 et § 2.1.5

Q33. Dans quels cas une solution sans professionnel de santé sur site peut-elle être retenue ?

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 et suppose la production d'une note de dérogation motivée intégrée au dossier de candidature.

Cette note décrit les circonstances objectives justifiant l'absence de professionnel : impossibilité avérée de recruter 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 redondante ; etc.

Le modèle de présence humaine retenu doit être précisé pour chaque solution dès le dépôt, ainsi que dans les lettres d'intention.

Réf. : CDC § 2.1.5, § 2.3 et § 3.2.1

Q34. Comment s'apprécie le plafond de 10 % applicable aux solutions sans présence humaine ?

L'arbitrage retenu est clair : le plafond de 10 % s'apprécie sur le nombre de solutions. Pour dix lauréats, une seule solution pourra être retenue sur la base d'une solution dite « autonome ».

Le plafond s'applique tant aux financements initiaux qu'aux renouvellements et sera vérifié a posteriori par le COPIL.

Réf. : CDC § 2.1.5 ; Q/R écrites

Q35. Un redéploiement en cours d'expérimentation modifie-t-il le régime de présence humaine ?

Non. Une solution relevant 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.

Réf. : CDC § 3.2.3

6. Éligibilité administrative et capacité financière du candidat

Réf. cahier des charges : § 2.3, § 2.6.4 et annexe 1 — Critères d'éligibilité et justification de la capacité financière.

Q36. Quels sont les critères d'éligibilité d'un projet ?

Pour être éligible, un projet doit : être complet au sens administratif et déposé dans les délais, au format imposé, par voie électronique ; répondre aux objectifs de l'AMI et présenter une assiette de dépenses totales supérieure à 1 M€ ; proposer des solutions déployées en ZIP ; être porté par une entreprise immatriculée au RCS ou par un consortium identifiant une entreprise cheffe de file ; porter sur des travaux réalisés en France et non engagés avant le dépôt de la demande d'aide ; n'associer que des partenaires éligibles aux aides publiques ; présenter une assiette éligible ne faisant pas l'objet d'autres financements publics ; être conforme au principe DNSH ; fournir au moins trois lettres d'intention de territoires précisant le modèle de présence humaine retenu ; et intégrer une présence humaine systématique ou, à défaut, une note de dérogation motivée.

Réf. : CDC § 2.3

Q37. Existe-t-il un montant plancher de dépenses ? Doit-il être atteint dès la première année ?

Les projets attendus présentent une assiette de dépenses totales d'un montant supérieur à 1 M€. Ce seuil s'entend au niveau du projet (présentant donc plusieurs solutions dans différents territoires), dont la durée est de 2 ans maximum ; le cahier des charges ne prévoit pas d'exigence de montant plancher par annuité.

Réf. : CDC § 2.2, § 2.3 et § 2.1.1

Q38. Un chef de file ne disposant pas encore de bilan au moment du dépôt (premier bilan disponible fin 2026) est-il éligible ?

Il demeure éligible en tant que tel. Toutefois, l'instruction s'attarde sur la pérennité financière du porteur : l'absence de comptes annuels rendra nécessairement plus difficile la démonstration de la solidité économique de la structure.

Réf. : CDC § 2.6.4 ; webinaire

Q39. Quels documents alternatifs une société récente peut-elle fournir en l'absence de comptes annuels 2025 approuvés ?

Situation comptable intermédiaire, attestation d'expert-comptable, prévisionnel financier, plan de trésorerie : ces éléments sont jugés pertinents. Il appartient au candidat de transmettre ceux qui lui paraissent les plus cohérents au regard de sa situation.

Réf. : Q/R écrites ; CDC annexe 1

Q40. Les rapports financiers 2025 sont-ils attendus pour l'ensemble des membres du consortium ou uniquement pour le chef de file ?

Dans l'idéal, les documents de toutes les entreprises porteuses de la solution peuvent être transmis. La vérification des pièces administratives porte toutefois uniquement sur le chef de file.

Réf. : Q/R écrites ; CDC annexe 1

Q41. Quel niveau de sécurisation des cofinancements est attendu au moment du dépôt de la candidature ?

Aucun document spécifique de sécurisation des cofinancements n'est attendu au stade de la candidature. La capacité financière peut être justifiée 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 en cours de signature.

Cette vérification est en revanche une condition du versement de l'aide, appréciée par l'opérateur en concertation avec les bailleurs de fonds.

Réf. : CDC § 2.6.4 ; Q/R écrites

Q42. La capacité financière est-elle appréciée globalement au niveau du consortium ou individuellement pour chaque membre ?

Le niveau de cofinancement doit être atteint au niveau du consortium.

Réf. : Q/R écrites

Q43. Combien de lettres d'intention faut-il fournir, et que doivent-elles contenir ?

Au minimum trois lettres d'intention de territoires ou de partenaires locaux (collectivité, CPTS, officine, hôpital de proximité...). Chacune précise le modèle de présence humaine retenu. Le dossier de candidature vise plus précisément des lettres d'intention d'a minima trois collectivités partenaires du projet.

Réf. : CDC § 2.3, § 3.2.1 et annexe 1

7. Financement : intensité de l'aide, cofinancement et reste à charge

Réf. cahier des charges : § 2.5 et § 2.6 — Conditions de financement, modalités et intensité de l'aide.

Q44. Quels sont le taux d'aide et les plafonds applicables ?

L'aide prend la forme d'une subvention pouvant financer jusqu'à 50 % du coût du projet, sans excéder 3 M€. Les plafonds sont les suivants : 250 000 € d'aide par solution ; 3 000 000 € d'aide par porteur de projet, toutes solutions confondues ; taux d'aide maximum de 50 % de l'assiette des dépenses éligibles.

Le taux indiqué est un taux maximum : l'opérateur se réserve la possibilité de le réduire selon les caractéristiques et l'analyse d'aides d'Etat de chaque projet, dans un objectif de bon usage des deniers publics.

Réf. : CDC § 2.6 et § 2.6.1

Q45. Concrètement, du point de vue de l'entreprise, qu'est-ce qui reste à sa charge ?

Le candidat établit le budget global du dispositif. Au sein de ce budget, un périmètre de dépenses éligibles est défini par le cahier des charges ; c'est sur ce périmètre que s'applique le financement à hauteur de 50 %. Les 50 % restants sont apportés par le porteur et son consortium.

Il a été souligné en séance qu'il n'existe pas de business case générique : la structuration financière et les relations avec les collectivités relèvent de chaque projet et sont laissées à la discrétion du candidat.

Il est par ailleurs rappelé que 100 % de l'investissement et du fonctionnement des solutions sont à la charge de l'entreprise lauréate, déduction faite de la subvention attribuée.

Réf. : CDC § 2.6 et § 2.6.2 ; webinaire

Q46. Le reste à charge de 50 % doit-il être apporté exclusivement par l'entreprise cheffe de file ?

Non. Les membres du consortium peuvent apporter des ressources au projet et contribuer à son cofinancement. Cet apport peut prendre la forme d'une valorisation non financière — mise à disposition de temps homme, de locaux ou d'équipements — dans la limite de 30 % du montant de cofinancement apporté.

Réf. : Webinaire

Q47. Existe-t-il un apport minimal exigé de l'entreprise cheffe de file au sein du consortium ?

La réponse apportée en séance est que la répartition du cofinancement au sein du consortium relève de l'organisation interne du groupement, sous réserve que le niveau global de 50 % soit atteint. Il est de la responsabilité du chef de file de s'assurer que le niveau de cofinancement est atteint et pourra être apporté tout au long de la durée de vie du projet.

Réf. : Webinaire

Q48. Une contribution financière des collectivités d'accueil est-elle exigée comme condition d'implantation ?

Non. Aucune contribution financière des collectivités territoriales d'accueil n'est sollicitée comme condition d'implantation. Des lettres d'intention de 3 collectivités ou partenaires locaux sont nécessaires lors du dépôt du dossier de candidature.

Réf. : CDC § 2.6.2

Q49. Le patient peut-il être appelé à supporter un reste à payer ?

La position exprimée en séance est négative : les solutions demandant aux patients de payer ne seront pas privilégiées, s'agissant d'un financement public.

Le modèle économique post-subsidation peut en revanche s'appuyer sur la rémunération à l'acte remboursée par l'Assurance maladie, l'abonnement collectivité ou un modèle hybride.

Réf. : CDC § 4.5 ; webinaire

Q50. Quels régimes d'aides d'État sont mobilisés ?

À titre principal, le régime cadre exempté SA.111723 (aides à la recherche, au développement et à l'innovation, 2024-2026) et le régime cadre exempté SA.111117 (aides à l'investissement en faveur des infrastructures locales, 2024-2026). À titre subsidiaire, les régimes SA.111728 (aides en faveur des PME) et SA.119559 (aides à finalité régionale). À titre résiduel, le règlement (UE) 2023/2831 relatif aux aides de minimis.

D'autres régimes notifiés pourront être mobilisés si les caractéristiques du projet le justifient.

Réf. : CDC § 2.5

Q51. Selon quelles modalités la subvention est-elle versée ?

La subvention est versée par la Caisse des Dépôts (Banque des Territoires) de façon échelonnée, annuellement sur la durée du programme. Le premier versement intervient dans les semaines suivant la signature de la convention ; les tranches suivantes sont versées sur justification des dépenses déjà engagées, sur production des pièces comptables correspondantes.

Le versement est subordonné à la conclusion d'une convention attributive d'aide et à la vérification de la capacité financière du porteur. En cas de non-respect des termes de la convention ou d'utilisation sous-optimale des fonds, l'opérateur peut, sur avis du COPIL, demander la restitution totale ou partielle des sommes versées et abandonner la poursuite du financement.

Réf. : CDC § 2.6.4

8. Dépenses éligibles et non éligibles

Réf. cahier des charges : § 2.6.3 et § 2.7 — Éligibilité des dépenses.

Q52. Quelles catégories de dépenses sont éligibles ?

- Études amont : frais d'études de faisabilité, d'ingénierie et d'études de site — plafond de 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 pour une majorité des dispositifs ;
- Connectivité et SI : routeurs, abonnements satellitaires/4G/5G de la phase de test, infrastructure logicielle de télémedecine, pendant la durée du programme ;
- Personnel : coûts salariaux directement affectés au projet (chercheurs, ingénieurs, chef de projet, RSE/qualité), sur justificatifs de feuilles de temps ;
- Présence humaine : coûts liés au professionnel de santé local présent en cabine, s'ils ne sont pas couverts par une rémunération CPAM ;
- Propriété intellectuelle : brevets, marques et modèles directement liés au projet ;
- Ingénierie sociale : médiation numérique, accompagnement des publics éloignés, lutte contre la fracture numérique ;
- Évaluation interne du projet (niveau 2) ;
- Communication locale : plaquette, signalétique, lancement local — plafond de 5 % de l'assiette.

Réf. : CDC § 2.7.1

Q53. Quelles dépenses ne sont pas éligibles ?

Acquisition ou construction de bâtiments en dur ; 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 ; TVA récupérable ; charges financières et frais bancaires ; pénalités, amendes et frais de contentieux ; dépenses engagées hors du territoire national, sauf exception dûment justifiée et limitée.

Réf. : CDC § 2.7.2

Q54. À partir de quelle date les dépenses sont-elles éligibles ?

Les dépenses engagées à partir du moment où le projet a été désigné lauréat sont éligibles à la subvention.

En tout état de cause, l'aide doit avoir un effet incitatif : elle suppose une demande d'aide écrite déposée avant le début des travaux liés au projet, et les travaux ne doivent pas avoir été engagés avant le dépôt de la demande.

Réf. : CDC § 2.6, § 2.7.2 et § 2.3 ; harmonisation à opérer

Q55. Des travaux d'aménagement intérieur d'un bâtiment destiné à accueillir un espace de télémedecine sont-ils éligibles ?

Oui, l'aménagement d'un lieu existant est éligible : aménagements intérieurs nécessaires à l'installation de la solution, aménagements techniques, raccordements, cloisonnements.

En revanche, l'acquisition ou la construction de bâtiments en dur est expressément exclue de l'assiette éligible.

Réf. : CDC § 2.7.1 et § 2.7.2 ; webinaire

Q56. Les développements logiciels confiés à un prestataire informatique externe sont-ils éligibles ?

Oui. Les factures correspondant aux développements spécifiquement nécessaires au projet — adaptation de plateforme, API, interopérabilité avec des dispositifs médicaux ou avec d'autres solutions numériques — peuvent être intégrées à l'assiette des dépenses éligibles, au titre de la catégorie « connectivité et SI ».

Réf. : CDC § 2.7.1 ; Q/R écrites

Q57. Dans quelle catégorie budgétaire ces développements doivent-ils être renseignés, et quels justificatifs sont attendus ?

Ce point sera précisé après la sélection du projet, une fois le budget finalisé dans le cadre du conventionnement.

Réf. : Q/R écrites

Q58. Des développements informatiques visant à améliorer une solution déjà en place sont-ils éligibles ?

Oui, dans une logique d'interopérabilité. L'exemple donné en séance est celui de travaux de quelques mois destinés à faire communiquer entre elles trois solutions identifiées et intégrées dans un même équipement.

En revanche, un projet dont l'objet serait le développement d'un logiciel nouveau mobilisant l'essentiel de l'enveloppe ne relève pas de cet AMI mais d'autres appels à projets France 2030.

Réf. : CDC § 2.7.1 ; webinaire

Q59. Les frais de recrutement de professionnels de santé (infirmiers, médecins) peuvent-ils être intégrés ?

Les frais de personnel figurent parmi les dépenses éligibles, y compris ceux relatifs aux professionnels de santé, en complémentarité des financements de la CPAM. Il appartient au candidat d'argumenter, dans sa présentation, le lien direct entre ces frais et le fonctionnement des solutions déployées.

Sont éligibles les coûts salariaux (rémunération brute, charges sociales patronales, frais professionnels directement liés à l'exercice) des professionnels de santé locaux, des personnels d'accompagnement non soignants (médiateurs en santé, agents d'accueil, aides médicales) et des personnels de coordination et de pilotage local, ces derniers dans la limite d'un ETP par tranche de dix 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 professionnels en exercice libéral, la rémunération forfaitaire ou vacataire versée par le lauréat est éligible sur production des conventions et factures correspondantes.

Réf. : CDC § 2.6.3 et § 2.7.1 ; webinaire

9. Non-cumul des financements publics et articulation avec l'Assurance maladie

Réf. cahier des charges : § 2.3, § 2.6.3 et § 2.7.2 — Règle de non-cumul.

Q60. Quelle est la règle applicable en matière de cumul de financements publics ?

Le droit français et européen interdit le double financement public d'une même dépense. L'assiette éligible présentée au titre de l'AMI ne doit pas faire, et ne doit pas avoir fait, l'objet de financements publics extérieurs à l'AMI (État, collectivités, Union européenne ou leurs agences).

Le lauréat atteste, dans son plan de financement, de l'absence de double financement.

Réf. : CDC § 2.3, § 2.6.3 et § 2.7.2

Q61. Comment s'articule le financement AMI avec la rémunération versée par l'Assurance maladie au professionnel présent en cabine ?

Lorsque la présence d'un professionnel de santé local donne lieu à une rémunération par l'Assurance maladie — typiquement le forfait d'assistance à la télémedecine (FAT) versé aux pharmaciens et infirmiers, ou tout dispositif équivalent — cette rémunération doit être déduite de l'assiette des dépenses éligibles présentée au titre de l'AMI.

En pratique : les actes ou plages de présence rémunérés par la CPAM (forfait d'assistance, rémunération à l'acte, ROSP applicable) sont exclus de l'assiette ; seuls sont retenus les coûts résiduels supportés par le lauréat (temps de présence non rémunéré, 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, par professionnel, le temps total, la fraction prise en charge par la CPAM et la fraction résiduelle imputée à l'AMI est exigée au stade de la candidature et actualisée annuellement pendant l'exécution du programme.

Réf. : CDC § 2.6.3

Q62. Peut-on cumuler cette aide avec d'autres crédits France 2030 déjà obtenus, par exemple au titre d'un projet TIGA ?

Non, un financement France 2030 ne peut être cumulé pour réaliser les mêmes actions. France 2030 ne financera pas deux fois le même projet ou la même action : un bénéficiaire déjà lauréat au titre d'un dispositif France 2030 ne pourra pas voir les mêmes actions financées au titre du présent AMI.

Réf. : CDC § 2.3 ; webinaire

Q63. Une solution déjà reconnue innovante lors d'une précédente sélection reste-t-elle recevable, ou doit-elle démontrer une innovation supplémentaire ?

Une qualification d'innovation prononcée récemment reste valable ; elle serait en revanche insuffisante si elle remontait à plusieurs années.

L'AMI se situe sur le terrain de l'expérimentation avec déploiement et recherche prioritairement le passage à l'échelle : des solutions jugées innovantes, mais surtout ayant fait leurs preuves et capables d'être déployées rapidement, sur des territoires aux paramètres contrastés (taille de population, gradient rural / périurbain / urbain, densité, bassins d'emploi).

Réf. : CDC § 2.4 ; webinaire

10. Modèle économique, recettes et pérennisation

Réf. cahier des charges : § 2.1.4 (niveau 2), § 2.4 et § 4.5 — Viabilité économique et sortie du dispositif.

Q64. Les solutions peuvent-elles générer des recettes pendant les 24 mois d'expérimentation ?

Oui. Les recettes peuvent notamment provenir de licences de parcours, de redevances de mise à disposition, de prestations associées ou d'activités prises en charge dans le droit commun.

Réf. : Q/R écrites ; CDC § 2.1.4 (niveau 2)

Q65. Ces recettes viennent-elles diminuer l'assiette des dépenses éligibles ou le montant de la subvention ?

Non. L'assiette de subvention France 2030 ne dépend pas des recettes qui seraient générées par le projet. Ces recettes sont en revanche documentées au titre de l'évaluation interne, qui suit le coût complet par consultation, les recettes générées et la trajectoire vers l'équilibre économique.

Réf. : Q/R écrites ; CDC § 2.1.4 (niveau 2)

Q66. Qu'attend-on du candidat sur la sortie du dispositif et la pérennisation ?

Le dossier doit présenter a minima : le modèle économique cible à l'issue de la subvention (rémunération à l'acte remboursée par l'Assurance maladie, abonnement collectivité, modèle hybride) ; la trajectoire de prise en charge progressive du financement par les acteurs cibles (CPAM, mutuelles, complémentaires, collectivités) ; un scénario alternatif en cas de non-pérennisation (redéploiement, cession, démantèlement maîtrisé) ; et l'articulation avec les structures labellisées France Santé.

La viabilité économique et la sortie du dispositif font partie des éléments de sélection, incluant la présentation des attendus éventuels de la participation des collectivités locales.

Réf. : CDC § 2.4 et § 4.5

11. Évaluation du dispositif et des solutions

Réf. cahier des charges : § 2.1.4 — Évaluation externe et interne.

Q67. Comment le dispositif d'évaluation est-il structuré ?

En deux niveaux complémentaires et indépendants : une évaluation externe portée par l'opérateur, centrée sur l'effet territorial et systémique du dispositif ; et une évaluation interne portée par chaque lauréat, centrée sur les données opérationnelles natives de sa solution.

Réf. : CDC § 2.1.4

Q68. Qui conduit et qui finance l'évaluation externe ?

Elle 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 une évaluation ab initio à la signature de la convention, fixant l'état initial de chaque territoire (APL, file active des médecins traitants, taux de patients en ALD sans médecin traitant, recours aux urgences, profil socio-démographique, cartographie de l'offre existante), et une évaluation ex post à la clôture de l'AMI. Une évaluation in itinere optionnelle peut être organisée à mi-parcours sur décision du COPIL ; elle ne constitue pas une obligation contractuelle des lauréats.

Le cabinet évaluateur rend compte au comité de pilotage interministériel et non aux lauréats, afin de préserver l'indépendance de l'évaluation.

Réf. : CDC § 2.1.4 (niveau 1)

Q69. Que doit collecter et transmettre chaque lauréat au titre de l'évaluation interne ?

L'évaluation interne est financée sur l'assiette éligible du projet et constitue une obligation contractuelle. Elle porte a minima sur :

- les données de fréquentation (nombre de consultations par solution et par mois, profil démographique des patients, primo-consultants et consultations récurrentes, file active) ;
- les données d'usage et de motif (motifs par grandes catégories cliniques, durée moyenne des consultations, taux d'utilisation des dispositifs biométriques) ;
- les données d'orientation et de coordination (taux de prescription, d'arrêt de travail, d'examen complémentaire, d'orientation vers un spécialiste ou vers les urgences, taux de transmission du compte rendu via le DMP) ;
- les données de présence humaine (nature du professionnel, temps de présence effective, nature des actes d'accompagnement) et, pour les solutions dérogatoires, les indicateurs spécifiques de sécurisation ;
- les données techniques (taux de disponibilité, incidents, qualité de la télémedecine, satisfaction patient) ;
- les données économiques internes (coût complet par consultation, recettes générées, trajectoire vers l'équilibre) ;
- les données relatives aux médecins réalisant les télémedecines (spécialité, localisation).

Réf. : CDC § 2.1.4 (niveau 2)

Q70. Selon quelle fréquence et sous quel format les données sont-elles transmises ?

Les données sont transmises trimestriellement à l'opérateur sous un format de reporting standardisé, le schéma de données et le format d'export étant précisés 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.

Réf. : CDC § 2.1.4 (niveau 2)

Q71. Quel poids l'évaluation représente-t-elle dans la sélection ?

La qualité du protocole d'évaluation propre au candidat — robustesse des indicateurs, capacité à mesurer l'utilisation de la solution — représente environ 20 % de la grille de sélection, soit la pondération la plus élevée à égalité avec la pertinence territoriale, le degré d'innovation et la viabilité économique.

Réf. : CDC § 2.4

12. Calendrier, relèves et dossier de candidature

Réf. cahier des charges : § 2.8, § 3.2.1, § 3.3 et annexe 1 — Modalités de candidature et calendrier prévisionnel.

Q72. Quelles sont les dates de relève des dépôts ?

Deux relèves sont prévues : la première le jeudi 17 septembre 2026 à 23h59 (heure de Paris), la seconde le 17 novembre 2026 à 23h59 (heure de Paris).

Les projets peuvent être déposés pendant toute la période d'ouverture de l'AMI, mais ne sont relevés et instruits qu'à la date de clôture de la période. Aucun élément complémentaire n'est accepté après la clôture de la vague sélectionnée.

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.

Réf. : CDC § 2.8, § 3.2.1 et § 3.3

Q73. Y a-t-il un intérêt particulier à candidater dès la première relève, notamment au regard de l'enveloppe disponible ?

Les projets déposés lors de la première relève seront instruits en premier et se verront attribuer la part correspondante de l'enveloppe disponible ; la seconde relève se verra attribuer la part restante.

Les projets sont en revanche examinés selon les mêmes critères pour les deux relèves.

Réf. : Q/R écrites ; CDC § 3.2.1

Q74. Faut-il s'attendre à un nombre restreint de lauréats et à des porteurs de grande taille ?

Il a été indiqué en séance qu'une petite entreprise se lançant seule aura davantage de difficultés à répondre, et que la première relève du 17 septembre pourrait attirer principalement des porteurs de taille importante, plus à même de répondre rapidement. La seconde relève du 17 novembre devrait permettre à des consortiums nécessitant deux mois supplémentaires pour se constituer.

La recommandation adressée aux acteurs plus petits ou plus spécialisés est de s'adosser à des opérateurs disposant d'une capacité de déploiement rapide et d'une connaissance du terrain, en apportant une brique technologique ou matérielle complémentaire.

Le nombre de lauréats dépendra mécaniquement de la taille des projets : à titre d'illustration, une dizaine de projets à 1 M€ de demande de subvention consommeraient l'enveloppe, tandis que des projets à 3 M€ conduiraient à un nombre de lauréats sensiblement plus faible.

Réf. : Webinaire

Q75. Où et comment déposer une candidature ?

Les candidatures sont adressées via la plateforme demarche-numerique.gouv.fr, sous la forme du dossier de candidature. Les dossiers papier ne sont pas acceptés.

Les questions peuvent être posées via l'adresse dédiée pia-esante@caissedesdepots.fr.

Réf. : CDC § 2.8

Q76. Quelles pièces composent le dossier de candidature ?

- 1A — Description du projet : un document Word ou PDF de 5 pages maximum, précisant le modèle de présence humaine retenu pour chaque solution et, le cas échéant, la note de dérogation motivée ;
- 1B — Cadre de réponse et annexe financière : un document multi-onglet au format Excel ;

- 1C — Présentation du projet : un document PowerPoint de 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 ;
- Pièces justificatives : pièce d'identité du représentant légal, fiche SIREN, rapports financiers 2025 (bilan et compte de résultat) de la société qui développera les solutions de télémedecine, procès-verbal d'AG de désignation du représentant légal si association, extrait KBIS de moins de trois mois si société ;
- 1E — Indicateurs France 2030 : un document au format Excel.

Réf. : CDC annexe 1

Q77. Que se passe-t-il si le dossier est incomplet ?

Tout dossier incomplet est irrecevable et ne sera pas examiné. Le dossier doit comporter l'ensemble des éléments nécessaires à son évaluation technique, économique et financière, et être complet à la date de dépôt.

Réf. : CDC § 2.8 et § 3.2.1

Q78. Quelles informations les porteurs doivent-ils préciser au dépôt ?

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 ; le modèle de présence humaine retenu pour chaque solution ; leurs critères d'implantation (densité de population, type de communes, partenariats locaux mobilisables, qualité de la connectivité, présence d'une CPTS) ; et a minima trois lettres d'intention.

Réf. : CDC § 3.2.1

13. Instruction, sélection et gouvernance

Réf. cahier des charges : § 2.4, § 3.1 et § 3.2 — Pilotage, instruction et phasage.

Q79. Qui instruit les dossiers et qui compose le COPIL ?

L'instruction 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) et la CNAM sur les questions d'éligibilité au financement Assurance maladie. Ces entités constituent le comité de pilotage de l'AMI.

Réf. : CDC § 3.1

Q80. Quelle est la grille de sélection et quelles sont les pondérations ?

Qualité du protocole d'évaluation propre au candidat : 20 %. Pertinence territoriale : 20 %. Degré d'innovation (rupture technologique ou innovation organisationnelle) : 20 %. Viabilité économique et sortie : 20 %. Éthique et données personnelles (conformité RGPD, hébergement HDS, consentement éclairé, accessibilité) : 10 %. Développement durable (conformité DNSH, sobriété énergétique) : 5 %. Frugalité foncière : 5 %.

Réf. : CDC § 2.4

Q81. Existe-t-il des critères éliminatoires ?

Oui, deux critères transversaux non pondérés mais éliminatoires : la priorité absolue aux zones d'intervention prioritaire — un projet ne ciblant pas des ZIP est inéligible — et la conformité aux régimes d'aides retenus. Un projet qui ne respecte pas le cahier des charges est également inéligible.

Réf. : CDC § 2.4

Q82. Comment se déroulent la présélection et les auditions ?

Après vérification de l'éligibilité, la liste des dossiers éligibles est transmise au COPIL. L'opérateur procède à une première analyse au regard des critères de sélection, présentée au COPIL en amont des auditions. Les projets présélectionnés passent devant un jury d'experts indépendants.

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.

Réf. : CDC § 2.8 et § 3.2.2

Q83. Comment sont déterminés les territoires d'implantation ?

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

Cette phase permet de définir des implantations complémentaires du maillage France Santé et de l'offre de soins disponible, de garantir la répartition des solutions selon les besoins réels des territoires, de privilégier les centres-villes des communes « Action Cœur de Ville » et « Petites Villes de Demain », et de raisonner à la maille CPTS pour favoriser la coordination de l'offre de soins.

Réf. : CDC § 3.2.2 (phase 3)

Q84. Une solution peu fréquentée peut-elle être redéployée en cours d'expérimentation ?

Oui. L'impact de l'installation des solutions est suivi tout au long de l'AMI et un niveau de fréquentation faible pourra déclencher un redéploiement sur un autre emplacement. Une revue calendaire à 6 et 12

mois est obligatoire entre le lauréat, l'opérateur et l'État pour statuer sur ces redéploiements ; le lauréat peut également saisir l'opérateur au préalable.

Le redéploiement est mis en œuvre par un avenant selon un mécanisme accéléré, validé conjointement par la Banque des Territoires et le lauréat.

Réf. : CDC § 3.2.3 et § 4.1

14. Conventonnement, suivi, communication et confidentialité

Réf. cahier des charges : partie 4 — Modèle de conventionnement et de suivi des projets lauréats.

Q85. Quelle est l'architecture conventionnelle retenue ?

Une convention-cadre par lauréat — un lauréat, une subvention, un nombre de solutions à déployer — fixant les engagements globaux, le calendrier, les indicateurs et les modalités de paiement, modifiable par avenant en cas de modification substantielle.

Elle est complétée d'une annexe par territoire d'implantation, précisant pour chaque solution l'adresse, le partenaire local d'accueil, la date de mise en service et les modalités spécifiques ; la substitution est simplifiée par avenant en cas de redéploiement.

Une seule convention est conclue par projet lauréat : le candidat, structure unique ou cheffe de file, est le principal contact de la Caisse des Dépôts (Banque des Territoires) et de l'État, et répartit l'aide entre les membres du consortium.

Réf. : CDC § 2.6.4 et § 4.1

Q86. Quelles sont les obligations de reporting des lauréats ?

Les lauréats sont tenus à une obligation de transparence et de reporting vis-à-vis du comité de pilotage et de la Banque des Territoires jusqu'à la phase d'évaluation ex post. Ils transmettent les indicateurs contractualisés listés au § 2.1.4 (niveau 2), ainsi que les indicateurs France 2030, qui doivent être reportés à chaque demande de versement.

Les lauréats remettent annuellement un rapport d'avancement du projet et participent aux réunions, groupes de travail et échanges liés au suivi de l'AMI.

Ce rapport est susceptible d'être publié ; le porteur peut indiquer les parties qu'il souhaite raisonnablement exclure de la communication publique en raison de leur confidentialité. Sa publication peut donner lieu à une journée de valorisation annuelle à laquelle les lauréats participent activement.

Réf. : CDC § 4.1 et § 4.4

Q87. Quelles sont les obligations de communication ?

Chaque projet soutenu doit mentionner ce soutien dans ses actions de communication, avec la mention unique : « Ce projet a été financé par l'État dans le cadre du plan France 2030. »

La Banque des Territoires fournit un kit de communication France 2030 précisant les éléments à communiquer, notamment les logos. L'État se réserve le droit de communiquer sur les objectifs, enjeux et résultats de l'action, le cas échéant à partir d'exemples anonymisés et dans le respect du secret des affaires ; toute autre communication est soumise à l'accord préalable du porteur de projet.

Réf. : CDC § 4.3

Q88. Comment la confidentialité des dossiers est-elle assurée ?

Les documents transmis dans le cadre de l'AMI sont soumis à la plus stricte confidentialité et ne sont communiqués qu'aux membres du comité de sélection, l'ensemble des personnes y ayant accès étant tenues à cette même obligation. Toute opération de communication est concertée par le comité de pilotage avec l'appui de la Banque des Territoires, afin de vérifier le caractère diffusable des informations.

Réf. : CDC § 4.2

16. Glossaire

Sigles employés dans le cahier des charges et dans la présente foire aux questions.

Sigle	Définition
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
ARS	Agence régionale de santé
BdT	Banque des Territoires
CLS	Contrat local de santé
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
COPIL	Comité de pilotage
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
DGCL	Direction générale des collectivités locales
DMP	Dossier médical partagé
DNSH	Do No Significant Harm — principe d'absence de préjudice important à l'environnement
ETI	Entreprise de taille intermédiaire
ETP	Équivalent temps plein
FAT	Forfait d'assistance à la téléconsultation
HDS	Hébergeur de données de santé
IDE	Infirmier diplômé d'État
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
PME	Petite et moyenne entreprise
PSL	Professionnel de santé local
RCS	Registre du commerce et des sociétés
RGPD	Règlement général sur la protection des données
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique

Sigle	Définition
SGPI	Secrétariat général pour l'investissement
TLE	Tiers-lieu d'expérimentation en santé numérique
ZAC	Zone d'action complémentaire
ZIP	Zone d'intervention prioritaire