



Arrêt du 5 juin 2020

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Michela Bürki Moreni, David Weiss, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

A. _____,
recourant,

contre

**Département de la sécurité, de l'emploi et
de la santé (DSES),**
Rue de l'Hôtel-de-Ville 14, Case postale 3952,
1211 Genève 3,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-maladie ; limitation de l'admission à pratiquer
à la charge de l'assurance-maladie obligatoire
(arrêté du 14 décembre 2018).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : recourant ou intéressé), né en 1952, est au bénéfice d'un diplôme de médecin et d'un titre postgrade en médecine générale délivrés par les autorités françaises. Par attestation de reconnaissance du 18 mai 2016 et lettre d'accompagnement du 13 juillet 2016 (TAF pce 1 annexes 2 et 3), la Commission des professions médicales suisse (MEBEKO) a reconnu ces diplômes sur la base de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes (ALCP) et la loi fédérale sur les professions médicales universitaires suisses (LPMéd).

Suite à la demande du 4 août 2016 (TAF pce 7 annexe 7), le département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé de la République et du canton de Genève (ci-après : DSES) a accordé à l'intéressé par arrêté du 26 octobre 2016 une autorisation à exercer la profession de médecin dans le canton de Genève (TAF pce 7 annexe 8). Par contre, par un deuxième arrêté du même jour (TAF pce 7 annexe 9), l'intéressé s'est vu refuser le droit de prodiguer des soins à la charge de l'assurance-maladie obligatoire à titre indépendant ou à titre dépendant sous sa propre responsabilité, en qualité de médecin praticien.

B.

B.a Par courrier du 26 septembre 2018, le médecin cantonal s'adresse à l'intéressé et l'informe qu'il a appris que celui-ci facturerait des prestations ambulatoires à charge de l'assurance obligatoire de soins (AOS) par le biais du code-crédancier de B._____ alors qu'il n'avait pas d'autorisation de le faire. Il demande des explications (TAF pce 7 annexe 10).

B.b Le 15 octobre 2018 (TAF pce 7 annexe 11), l'intéressé remplit un formulaire en ligne demandant la reconsidération de « son arrêté non à charge de l'assurance-maladie » du 26 octobre 2016 pour exercer la profession de médecin praticien dans le canton de Genève. Dans son courrier du 29 octobre 2018 (TAF pce 7 annexe 12), il expose en substance qu'il est salarié au sein de B._____, que c'était celle-ci, sous le numéro de Concordat de l'institution, qui aurait facturé ses prestations aux patients ou à leurs assurances respectives, qu'il aurait travaillé sous le contrôle et les ordres du Dr C._____ et que depuis des années les services B._____ fonctionnaient de cette façon ce que les responsables politiques ou étatiques auraient accepté jusqu'alors. S'agissant de la clause du besoin, il la conteste notamment sur le plan démographique. De

surcroît, il soulève une violation des principes de l'égalité de traitement et de non-discrimination prévus par les art. 2 et 7 let. a ALCP. L'intéressé verse encore en cause plusieurs documents ayant trait à la facturation des prestations médicales par B._____ (annexes 12.2, 12.3 et 12.4.1 à 12.4.6).

B.c Par courriel du 2 novembre 2018, le service du médecin cantonal demande à l'intéressé des documents complémentaires, notamment un argumentaire concernant son projet d'activités (TAF pce 7 annexe 13).

L'intéressé répond le 14 novembre 2018 (TAF pce 7 annexes 14a, b et c) et indique pour l'essentiel qu'il souhaite exercer pleinement en Suisse, reprendre en tant que médecin généraliste les patients du Dr D._____ et continuer à contribuer à l'activité de B._____. Par ailleurs, il maintient ses arguments s'agissant de la clause du besoin et des art. 2 et 7 let. a ALCP.

B.d Par arrêté du 14 décembre 2018, l'intéressé est autorisé à exercer la profession de médecin dans le canton de Genève (TAF pce 7 annexe 20). Par un deuxième arrêté du même jour (TAF pce 7 annexe 21), il n'est pas admis à prodiguer des soins à charge de l'AOS dans le cadre de l'exercice de la profession de médecin, sous sa propre responsabilité, en qualité de médecin praticien. Il y est précisé que l'intéressé a au préalable le devoir d'informer sa patientèle de la non-prise en charge de ses prestations par l'assurance-maladie obligatoire.

C.

Le 3 janvier 2019 (timbre postal), l'intéressé interjette recours contre l'arrêté rejetant son admission à pratiquer à charge de l'AOS dans le canton de Genève (TAF pce 1). En substance, il conclut à l'annulation de cet arrêté et à son admission à pratiquer et à facturer des soins à charge de l'AOS. Il soutient pour l'essentiel que sa demande s'inscrirait dans l'admission exceptionnelle visée par la loi attendu qu'il s'agirait d'une activité de premier recours en offre déficitaire et qu'il reprend une patientèle que l'on ne peut pas abandonner en l'état. Par ailleurs, il maintient ses arguments concernant la violation de l'ALCP et des engagements de la Suisse (TAF pce 1).

Dans sa réponse du 18 mars 2019 (TAF pce 7), l'autorité précédente conclut à titre principal au rejet du recours et à la confirmation de l'arrêté contesté. Elle explique son arrêté et discute les arguments du recourant. Par ailleurs, l'autorité verse en cause le dossier constitué (TAF pce 7

annexes 1 à 23) qui contient notamment les listes tirées de la base de données du médecin cantonal du 15 octobre 2018 (annexes 15 à 18) ainsi que la prise de position du 12 mars 2019 de l'association des médecins du canton de Genève (AMGe; annexe 19).

Sans avoir été invité, le recourant dépose le 23 mars 2019 une prise de position (TAF pce 9).

Droit :

1.

1.1 Au regard des art. 31, 32 et 33 let. i LTAF (RS 173.32) ainsi que des art. 53 al. 1 et 90a al. 2 LAMal (RS 832.10), en relation avec l'art. 55a LAMal, le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours traitant de la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS, étant précisé que le Tribunal est également compétent lorsque la décision attaquée a été rendue par une direction ou un département cantonal (ATF 134 V 45 rendu sous l'art. 34 LTAF, remplacé depuis le 1^{er} janvier 2009 par l'art. 53 LAMal; arrêt du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 9G_2/2008 du 11 décembre 2008). Le recourant a qualité pour recourir, ayant pris part à la procédure devant l'autorité inférieure, étant spécialement atteint par l'arrêté attaqué et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'il soit annulé ou modifié (art. 48 al. 1 PA; RS 172.021). En outre, le recours a été déposé en temps utile (art. 50 al. 1 PA), dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure présumés de 3'000 francs a été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA; TAF pces 2 et 3).

En conséquence, le recours est recevable.

1.2 Il est précisé que la procédure de recours est régie par la LTAF et la PA auxquelles l'art. 53 al. 2 LAMal renvoie, sous réserve des exceptions énoncées à ce même alinéa qui ont trait à la rationalisation de la procédure (ATAF 2012/9 consid. 4.3.1; voir aussi consid. 5.2 et 5.3).

En particulier, la LPGa (RS 830.1) n'est pas applicable en l'occurrence, l'art. 55a LAMal, en tant que mesure extraordinaire de maîtrise des coûts, faisant partie du domaine « budget global » visé par l'art. 1^{er} al. 2 let. b LAMal (voir aussi art. 2 LPGa; notamment : arrêts du TAF C-604/2012 du

16 décembre 2015 consid. 1.3; C-1837/2014 du 26 novembre 2014; C-3048/2009 du 13 juillet 2009 consid. 4).

2.

2.1 Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le TAF la violation du droit fédéral, qui englobe notamment les droits constitutionnels des citoyens (ATF 124 II 517 consid. 1; 123 II 385 consid. 3), y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision ; ce grief ne peut être invoqué lorsqu'une autorité cantonale a statué comme autorité de recours (let. c) ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Dès lors, s'agissant des décisions cantonales portant sur la limitation de l'admission à pratiquer à charge de l'assurance-maladie selon l'art. 55a LAMal, le Tribunal de céans dispose en principe d'un plein pouvoir d'examen (cf. art. 53 al. 1 let. e LAMal a contrario; par analogie voir : ATAF 2014/3 consid. 1.4; 2010/24 consid. 5.1).

2.2 Toutefois, selon la jurisprudence, l'autorité de recours fait preuve d'une certaine retenue dans l'exercice de son pouvoir d'examen lorsque la nature des questions litigieuses qui lui sont soumises l'exige. Il en va notamment ainsi lorsqu'il s'agit, comme dans la présente occurrence, d'apprécier des circonstances locales que l'autorité qui a rendu la décision connaît mieux (ATF 139 II 185 consid. 9.3 et références; arrêt du TAF C-3940/2009 du 20 juillet 2010 consid. 2.4.1; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd. 2015, p. 566 ss.; KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3^{ème} éd. 2013, n° 1050 ss p. 372 ss; ANDRÉ MOSER, Prozessieren vor Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, n° 2.149 ss, spéc. 2.154). Dans ces circonstances, l'autorité de recours n'intervient que si l'administration a excédé ou abusé de son pouvoir d'appréciation. Tel est notamment le cas si la décision attaquée s'appuie sur des faits qui, dans le cas particulier, ne devaient jouer aucun rôle ou lorsqu'elle ignore des éléments qui auraient absolument dû être pris en considération ; le Tribunal modifie en outre les décisions rendues en vertu d'un large pouvoir d'appréciation lorsqu'elles aboutissent à un résultat manifestement injuste ou à une iniquité choquante (par analogie ATF 142 III 336; notamment : arrêt du TAF C-6866/2016 du 18 mai 2018 consid. 3.2).

2.3 Du reste, l'autorité saisie limite son pouvoir d'examen en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2^e éd. 2013, p. 25 n°1.55).

3.

A titre initial, le TAF remarque qu'en l'espèce, l'instance précédente est entrée en matière sur la demande de reconsidération du recourant du 15 octobre 2018 (TAF pce 7 annexe 11; voir aussi art. 48 de la loi sur la procédure administrative du canton de Genève [LPA; E 5 10]) et que partant, l'arrêté contesté peut être examiné sur le fond (cf. THIERRY TANQUEREL, *Manuel de droit administratif*, 2^e éd. 2018, n° 1415 et 1431 s.).

4.

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à pratiquer en tant que médecin praticien à charge de l'AOS dans le canton de Genève.

5.

5.1 En matière d'autorisation à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins, le droit déterminant est en règle générale celui en vigueur au moment où la décision est prise par l'administration (arrêt du TAF C-3997/2014 du 16 décembre 2016 consid. 6 et 7), soit, en l'occurrence, celui en vigueur le 14 décembre 2018.

5.2 S'agissant des pièces versées en cause qui sont postérieures à l'arrêté contesté – en l'occurrence, la prise de position du 12 mars 2019 du président de l'AMGe (TAF pce 7 annexe 19) – il convient de rappeler que selon l'art. 53 al. 2 let. a LAMal, les preuves et faits nouveaux ne peuvent être présentés que s'ils résultent de l'acte attaqué ; toute conclusion nouvelle est irrecevable. Le TAF a remarqué qu'au regard de cette disposition, la maxime inquisitoire aux termes de l'art. 12 PA passait au second plan et que le Tribunal ne procédait à l'administration de preuves complémentaires que dans des cas particuliers. Il a, en outre, considéré que les preuves présentées tardivement ne pouvaient pas être formellement exclues de la procédure mais qu'une partie ne pouvait pas s'en prévaloir et que la question de savoir si ces preuves nouvelles et arguments des parties étaient tardifs et donc irrecevables devait être examinée dans la situation concrète (ATAF 2014/36 consid. 1.5.2 et 1.5.3;

ATAF 2014/3 consid. 1.5.4 à 1.5.6). De plus, le Tribunal a constaté que la légalité des décisions attaquées est en principe appréciée d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue. Ceci est de règle générale valable en matière de l'assurance sociale (cf. notamment arrêt du TAF C-5603/2017 du 14 septembre 2018 consid. 4.3 et références; MARTIN ZOBL, Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, art. 53 KVG ch. 34). Par conséquent, le TAF tiendra en l'espèce compte de la prise de position de l'AMGe, celle-ci pouvant influencer l'appréciation des faits au moment où l'arrêté querellé a été rendu (voir aussi les arrêts du TAF C-6957/2017 du 4 mars 2020 consid. 4.2; C-1464/2017 du 16 décembre 2019 consid. 4.3).

5.3 Concernant la prise de position du recourant du 23 mars 2019 qu'il a produite en cause sans avoir été invité, il est remarqué qu'aux termes de l'art. 53 al. 2 let. d LAMal, un échange ultérieur d'écritures au sens de l'art. 57 al. 2 PA, après la réponse au recours, n'a lieu qu'exceptionnellement. Pour cette raison, le TAF n'avait alors pas invité le recourant à prendre position sur la réponse de l'autorité inférieure du 18 mars 2019. Cela étant, selon la jurisprudence du TAF, ceci n'empêche pas qu'il puisse prendre en considération des allégués présentés spontanément s'ils paraissent décisifs conformément à l'art. 32 al. 2 PA. En effet, en vertu de l'art. 12 PA, le TAF constate les faits d'office et il n'est pas lié aux conclusions des parties (ATAF 2014/3 consid. 1.5.3; MARTIN ZOBL, op. cit., art. 53 KVG ch. 52).

6.

Dans un premier temps, il sied d'examiner la demande d'admission du recourant au regard du droit interne suisse. Il se pose notamment la question de savoir si le besoin en soins par des médecins praticiens était déjà atteint ce que le recourant conteste, invoquant une pénurie notoire des médecins de famille en Suisse et en particulier à Genève.

7.

7.1 Aux termes de l'art. 55a LAMal, dans sa teneur déterminante en vigueur du 1^{er} juillet 2016 au 30 juin 2019 (RO 2016 2265; cf. consid. 5.1), le Conseil fédéral peut faire dépendre l'admission des médecins de la preuve d'un besoin à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins (AOS). Il s'agit des médecins visés à l'art. 36 LAMal, qu'ils exercent une activité dépendante ou indépendante (al. 1 let. a) ainsi que des médecins qui exercent au sein d'une institution au sens de

l'art. 36a LAMal ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital au sens de l'art. 39 LAMal (al. 1 let. b). Ne sont pas soumis à cette clause du besoin les personnes qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu (al. 2). Le Conseil fédéral fixe les critères permettant d'établir la preuve du besoin après avoir consulté les cantons, les fédérations de fournisseurs de prestations, les fédérations des assureurs et les associations de patients (al. 3) ; le législateur a ainsi octroyé au Conseil fédéral une importante marge de manœuvre (ATF 130 I 26 consid. 6.3 trad. in : JdT 2005 I 143). Selon l'al. 4 de la disposition, les cantons désignent les médecins visés à l'al. 1. Ils peuvent assortir leur admission de conditions. L'al. 5 dispose que l'admission expire lorsque son titulaire n'en fait pas usage dans un certain délai, sauf justes motifs tels que maladie, maternité ou formation postgrade. Le Conseil fédéral fixe le délai applicable.

7.2

7.2.1 Faisant usage de la compétence prévue à l'art. 55a LAMal, le Conseil fédéral a édicté l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF; RS 832.103). En l'occurrence, la version en du 1^{er} juillet 2016 au 30 juin 2019 (RO 2016 2267) est déterminante (cf. consid. 5.1).

7.2.2 L'art. 1 al. 1 OLAF fixe la règle selon laquelle les médecins visés à l'art. 36 LAMal et les médecins qui exercent au sein des institutions au sens de l'art. 36a LAMal ne sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire que si le nombre maximum fixé dans l'annexe 1 pour le canton et le domaine de spécialité concernés n'est pas atteint. Selon l'al. 2 de la disposition, les personnes visées à l'art. 55a al. 2 LAMal et dans les dispositions transitoires relatives à la modification du 17 juin 2016 de la LAMal (en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2016) ne sont pas soumises à la limitation prévue à l'al. 1.

Aux termes de l'art. 2 OLAF, les cantons peuvent prévoir que l'art. 1 s'applique également aux médecins qui exercent dans le domaine ambulatoire des hôpitaux visés à l'art. 39 LAMal (al. 1). S'ils font usage de cette compétence, ils augmentent de manière adéquate les nombres maximums de fournisseurs de prestations fixés dans l'annexe 1 (al. 2).

7.2.3 Les art. 3 et 4 OLAF accordent aux cantons des possibilités d'aménagement du régime décrit ci-dessus (cf. ATF 140 V 574 consid. 5.2.4).

Conformément à l'art. 3 OLAF, les cantons peuvent prévoir que le nombre maximum fixé par l'annexe 1 ne s'applique pas à un ou plusieurs domaines de spécialités qui y sont visés (let. a). Ils peuvent aussi stipuler qu'aucune admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire n'est octroyée pour un ou plusieurs domaines de spécialité si la densité médicale du canton selon l'annexe 2 est supérieure à celle de la région à laquelle le canton est rattaché au sens de l'annexe 2 ou supérieure à celle de l'ensemble de la Suisse (let. b). De plus, conformément à l'art. 4 OLAF, dans chaque domaine de spécialité, si la couverture sanitaire y est insuffisante, les cantons peuvent admettre un nombre de personnes supérieur à celui fixé dans l'annexe 1.

7.2.4 L'art. 5 OLAF détermine les critères d'appréciation que les cantons doivent respecter lorsqu'ils doivent statuer sur des demandes d'admissions.

L'al. 1 de la disposition prévoit que lorsque les cantons font usage des compétences qui leur sont attribuées par les art. 3 let. b ou 4 susmentionnés, ils tiennent alors compte notamment de la densité médicale dans les cantons voisins, dans la région à laquelle ils sont rattachés au sens de l'annexe 2 et dans l'ensemble de la Suisse (let. a) ; de l'accès des assurés au traitement en temps utile (let. b) ; des compétences particulières des personnes dans le domaine de spécialité concerné (let. c) ; du taux d'activité des personnes dans le domaine de spécialité concerné (let. d).

Aux termes de l'al. 2, lorsque les cantons doivent statuer sur des demandes d'admission, ils tiennent compte des critères visés à l'al. 1 let. b à d.

7.3 Le canton de Genève a édicté le règlement genevois du 16 avril 2014 d'application de l'ordonnance fédérale sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (RaOLAF; RS/Ge J 3 05.50). La teneur déterminante (consid. 5.1) est celle en vigueur depuis le 23 avril 2014.

Il apparaît de l'art. 1 RaOLAF que le canton de Genève a décidé de limiter l'admission des médecins à pratiquer à la charge de l'AOS au sens de l'art. 55a LAMal.

L'art. 3 RaOLAF prévoit que les fournisseurs de prestations visés par la limitation de l'admission sont les médecins au bénéfice d'un titre postgrade

fédéral ou jugé équivalent (au sens de l'art. 36 LAMal) qui exercent dans un cabinet une activité dépendante ou indépendante, au sein d'une institution (au sens de l'art. 36a LAMal), ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital (au sens de l'art. 39 LAMal).

Conformément à l'art. 5 RaOLAF, une admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire ne peut être délivrée que si le nombre maximum de médecins par domaine de spécialité, fixé par l'annexe 1 de l'OLAF, n'est pas atteint (al. 1). En fonction des besoins en soins de la population, la direction générale de la santé a la possibilité de délivrer des admissions supplémentaires à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire. La Commission quadripartite consultative peut, à cet égard, émettre des préavis (al. 2). Eu égard à l'art. 2 al. 2 RaOLAF, la Commission quadripartite consultative assiste le DSES en émettant des préavis non contraignants à son intention dans le cadre de la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS (voir aussi art. 11 RaOLAF) et selon l'art. 10 RaOLAF, la commission a pour but de réunir, aux fins de consultation, les représentants des principaux partenaires de la santé concernés par la limitation.

7.4 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la clause du besoin instaurée par l'art. 55a LAMal poursuit un but de politique sociale admissible au regard de la liberté économique, la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS ayant pour but de freiner l'augmentation des coûts de la santé et, partant, des primes d'assurance-maladie (ATF 140 V 574 consid. 5.2.2; 130 I 26 consid. 6.2 trad. in JdT 2005 I 143). En l'espèce, l'autorité précédente relève ainsi à juste titre que la limitation d'admission des fournisseurs de prestations part du principe qu'une densité de médecins croissante engendrait davantage de prestations médicales et que la restriction de l'offre constituerait, dans cette hypothèse, un moyen de freiner l'évolution des coûts (TAF pce 7).

En outre, le Tribunal fédéral a remarqué que l'art. 55a LAMal et son ordonnance mettent en place une réglementation de droit fédéral directement applicable qui peut être exécutée par les cantons et concrétisée par des règlements d'exécution correspondants, la transposition de la réglementation fédérale en droit cantonal constituant du droit d'exécution dépendant (ATF 140 V 574 consid. 5.2.5; 133 V 613 consid. 4.2; 130 I 26 consid. 5.3.2 trad. in JdT 2005 I 143). La limitation à l'admission ne nécessite dès lors aucune base légale au sens formel supplémentaire au niveau cantonal (ATF 130 I 26 consid. 5.3.2.2 trad. in JdT 2005 I 143).

La Haute Cour a également considéré que le législateur fédéral entendait laisser aux cantons une large autonomie en matière de limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS et en particulier, il ressortait des débats parlementaires que les cantons étaient libres de l'appliquer ou de ne pas l'appliquer (FF 2012 8709, 8714; ATF 140 V 574 consid. 5.2.5 et 6.1; 133 V 613 consid. 4.2; arrêt du TAF C-3385/2018 du 29 mai 2019 consid. 8.3). D'ailleurs, selon la fiche d'information du 9 mai 2018 de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) concernant la limitation des admissions, tous les cantons, sauf quatre (AI, AR, GR et ZH), appliquaient à ce moment la limitation d'admission visée à l'article 55a LAMal.

Plus encore, le Tribunal fédéral a remarqué que les cantons disposaient d'une large autonomie pour définir le nombre de médecins admis sur leur territoire à pratiquer à la charge de l'AOS. Ainsi, si un canton estime qu'un besoin subsiste pour tous ou certains domaines de spécialité, il peut, en se fondant sur les art. 3 let. a et 4 OLAF, décider de lever les limitations pour ces catégories de prestations ou spécialités qui ne seraient dès lors plus soumises à la limitation de pratiquer (ATF 140 V 574 consid. 6.2). En outre, le Tribunal fédéral a constaté dans le cadre d'un contrôle abstrait d'une norme cantonale que les cantons pouvaient s'écarter des limites fixées dans l'annexe 1 OLAF au sens des art. 3 let. a et 4 OLAF pour privilégier un examen au cas par cas de chaque demande d'admission supplémentaire à pratiquer à la charge de l'AOS afin d'adapter l'offre sanitaire cantonale au plus près des besoins de la population (ATF 140 V 574 consid. 6.3) ; pour le canton de Genève cette manière de faire a été consacrée dans l'art. 5 al. 2 RaOLAF et sa pratique concernait l'admission supplémentaire des médecins exerçant dans le domaine ambulatoire des hôpitaux (ATF 140 V 574 consid. 6.3). Concernant cette pratique du canton de Genève, le Tribunal fédéral a encore remarqué qu'il importait peu de savoir s'il convenait encore, conformément à l'art. 2 al. 2 OLAF, d'augmenter de manière adéquate les nombres maximums de médecins fixés dans l'annexe 1 OLAF (ATF 140 V 574 consid. 6.4). En effet, dans le cadre d'une planification étatique des besoins, les autorités doivent pouvoir bénéficier d'une certaine marge de manœuvre, le besoin à couvrir ne pouvant pas être fixé avec exactitude, de manière objective (ATF 130 I 26 consid. 6.3.1.2).

7.5 De son côté, le Tribunal de céans a considéré que le Conseil fédéral a fixé à l'art. 5 OLAF des critères cumulatifs non-exhaustifs (voir le terme « notamment » utilisé) permettant d'évaluer le besoin en soins, tandis qu'aux annexes 1 et 2 OLAF, il a établi des valeurs de référence indiquant à partir de quel moment le besoin en soins est en principe considéré

comme couvert. Les cantons disposent dès lors de plusieurs moyens pour évaluer le besoin (arrêt du TAF C-6866/2016 du 18 mai 2018 consid. 9.3.3) et leur marge de manœuvre dans l'application des critères fixés par l'art. 5 OLAF est importante puisqu'ils peuvent prévoir des critères supplémentaires qui doivent être liés à la notion du besoin (arrêt du TAF C-6866/2016 cité consid. 9.3.2.2). Nonobstant, les cantons ne peuvent pas purement et simplement ignorer les critères établis par le Conseil fédéral conformément à l'art. 55a al. 3 LAMal (arrêt du TAF C-6866/2016 cité consid. 9.3.2 et 9.3.2.1 et arrêts y cités) et l'autorité se prononçant sur une demande d'admission à pratiquer doit tenir compte à tout le moins de l'entier des critères mentionnés à l'art. 5 OLAF pour évaluer le besoin en soins ; ce dernier, selon le but de la loi, constitue le point cardinal concernant l'admission à pratiquer à charge de l'AOS (arrêt du TAF C-6866/2016 cité consid. 9.3.3 et 13.2; voir aussi arrêt du TAF C-3385/2018 du 29 mai 2019 consid. 11.3).

Ainsi, le TAF a considéré que si les cantons bénéficient d'une large marge de manœuvre pour décider s'ils mettent en œuvre l'outil de régulation qu'est la limitation d'admission des médecins à pratiquer à charge de la LAMal, cette marge de manœuvre doit être nuancée une fois que les cantons ont décidé de l'appliquer (arrêt du TAF C-6866/2016 du 18 mai 2018 consid. 9.3; voir aussi arrêt du TAF C-3385/2018 du 29 mai 2019 consid. 8.5 et 9).

7.6 En l'occurrence, le TAF note encore que les seuils maximums des médecins par spécialités définis dans l'annexe 1 OLAF correspondent à l'état au 21 novembre 2012 des personnes pratiquant dans les cantons et ont été basés sur les registres de santé suisse qui ont recensé les personnes et non les institutions (cabinets médicaux, pharmacies). Ces nombres doivent ensuite être comparés aux ressources réellement disponibles, au moment de l'évaluation d'un besoin (cf. Ordonnance du 1^{er} avril 2013 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, Teneur des dispositions et commentaire de l'OFSP [ci-après : Commentaire des articles de l'OLAF], art. 1, p. 3, consulté le 7 avril 2020 sur www.admin.ch > Droit fédéral > Procédures de consultation > Procédures de consultation terminées > 2013).

8.

8.1 À titre liminaire, le TAF remarque qu'il est constant que le recourant est un médecin au sens de l'art. 36 LAMal, ses diplômes ayant été reconnus

par la MEBEKO (TAF pce 1 annexes 2 et 3). Il est, de plus, incontesté que le recourant est soumis à la clause de besoin selon les art. 55a LAMal, 1 al. 1 OLAF et 3 RaOLAF dans la mesure où il souhaite reprendre la patientèle du Dr D. _____ et, le cas échéant, travailler pour B. _____ (cf. courrier du 14 novembre 2018 [TAF pce 7 annexe 14a et 14b), une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins au sens de l'art. 36a LAMal (cf. ATF 133 V 613). En outre, le recourant n'a pas exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu et, par conséquent, il n'est pas exclu de la preuve d'un besoin (cf. art. 55a al. 2 LAMal; pour la notion de l'établissement de formation reconnu voir l'arrêt du TAF C-6576/2017 du 14 août 2019 consid. 5.1 à 5.1.2).

8.2 Le canton de Genève appliquant la clause du besoin et se fondant au regard de l'art. 5 al. 1 RaOLAF sur le nombre maximum de fournisseurs de prestations par domaine de spécialité fixé dans l'annexe 1 OLAF (consid. 7.3), il sied d'examiner dans un premier temps si le quota des médecins admissibles a été atteint en l'occurrence eu regard à cette annexe de l'ordonnance.

Dans la mesure où le recourant détient selon la dénomination suisse un titre de médecin praticien (TAF pce 1 annexe 3), l'autorité inférieure a, dans un premier temps, tenu compte du nombre maximum des médecins praticiens selon l'annexe 1 OLAF lequel est de 190 médecins dans le canton de Genève. Ce nombre a ensuite été comparé aux ressources réellement disponibles, au moment de l'évaluation d'un besoin (cf. consid. 7.6). L'extrait de la base de données du médecin cantonal se trouvant dans le dossier transmis au TAF, fait alors état de 286 médecins praticiens actifs à Genève au 15 octobre 2018 (TAF pce 7 annexe 15). Il appert que le seuil maximal de médecins praticiens admissibles dans le canton de Genève est dépassé de 96 médecins ; l'autorité inférieure l'a remarqué à juste titre dans sa réponse au recours.

8.3

8.3.1 Au regard de l'art. 5 al. 2 OLAF, il convient ensuite d'examiner si l'autorité inférieure a de surcroît considéré les critères visés à l'art. 5 al. 1 let. b à d OLAF dont elle ne pouvait pas faire fi (cf. consid. 7.5) et si partant, elle pouvait conclure que la couverture des besoins en médecins praticiens était effectivement déjà assurée dans le canton de Genève.

8.3.2 Le TAF constate que le DSES, lors de l'appréciation de la demande du recourant, a également tenu compte des nombres des médecins

spécialisés en médecine interne générale, des médecins spécialisés en médecine générale et des médecins spécialisés en médecine interne lesquels s'élevaient au 15 octobre 2018 (TAF pce 7 annexes 16 à 18). L'instance précédente a exposé dans sa réponse que ces médecins spécialisés au nombre de 993 étaient également habilités à prodiguer des soins de premier recours à l'instar des médecins praticiens et que, partant, le canton de Genève était très largement doté de personnes qui ont les mêmes compétences que le recourant (selon le calcul du TAF, le nombre de ces spécialistes se monte à 992 personnes = 318 + 156 + 518).

De surcroît, le DSES a demandé l'avis de l'AMGe qui a pris position dans son courrier du 12 mars 2019 (TAF pce 7 annexe 19), postérieur à l'arrêté attaqué (à ce sujet voir consid. 5.2). L'association a informé que le nombre de médecins généralistes-internistes inscrits auprès d'elle s'élevait à 517 et que 240 autres médecins étaient également au bénéfice du titre de « médecine interne » mais pratiquaient principalement, sinon exclusivement, une autre spécialité (endocrinologie, gastroentérologie et cardiologie etc.). En sus, elle a remarqué que l'AMGe comptait parmi ses membres 199 médecins praticiens. Elle a alors été d'avis que les besoins en médecins de famille, qu'ils soient médecins praticiens ou médecins généralistes-internistes étaient largement couverts à Genève.

8.3.3 Pour les raisons ci-après, le TAF ne saurait en l'état suivre les conclusions de l'autorité inférieure.

8.3.4 Certes, le TAF peut confirmer la prise en considération par l'autorité précédente des médecins spécialisés en médecine interne générale (TAF pce 7 annexe 17), en médecine générale (TAF pce 7 annexe 16) et en médecine interne (TAF pce 7 annexe 18) afin d'affiner l'examen du besoin en médecins praticiens bien qu'il soit rappelé que l'OLAF stipule un examen d'admission à pratiquer à charge de l'AOS par domaines de spécialité concernés et que les l'annexe 1 OLAF distingue notamment entre les spécialistes de la médecine interne générale et les médecins praticiens et ne mentionne pas les médecins de premiers recours ou de famille (cf. arrêt du TAF C-5132/2017 du 5 juin 2018 consid. 10.5).

En effet, il sied de considérer que l'autorité bénéficiaire lors de l'analyse des besoins sanitaires de la population d'un large pouvoir d'appréciation des circonstances concrètes (cf. consid. 7.4 et 7.5; voir aussi arrêt du TAF C-6866/2016/2016 du 18 mai 2018 consid. 9.3.2.2, 9.3.3, 13.2). De plus, l'autorité précédente relève à juste titre que les spécialistes en médecine interne générale, en médecine générale et en médecine interne peuvent

tout comme les médecins praticiens administrer des soins de premier recours (voir aussi : « Qu'est-ce qu'un médecin de premier recours », article consulté le 17 avril 2020 sur le site internet de l'université de Genève, Faculté de médecine, www.medicine.unige.ch). Dans ce sens, le TAF note que les titres de médecine générale et de médecine interne résultent des anciens cursus de formation médicale, remplacés en 2011 lors de l'harmonisation des titres postgradués au niveau européen (information consultée le 25 mars 2020 sur le site internet du CHUV), et que le titre de « médecin praticien » atteste des compétences pour exercer la médecine de famille de façon autonome alors que le titre de « spécialiste en médecine interne générale » certifie des compétences nécessaires pour couvrir tout le spectre des soins ambulatoires et stationnaires (cf. informations consultées le 25 mars 2020 sur le site internet de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue, ISFM).

Concrètement, la prise en compte de ces spécialités médicales, formant la médecine de famille, peut permettre à l'administration d'examiner l'accès des assurés au traitement – en l'espèce de premier recours – en temps utile conformément à l'art. 5 al. 1 let. b OLAF (pour un cas concret cf. arrêt du TAF C-6957/2017 du 4 mars 2020 consid. 7.3.4) ce que le recourant conteste en l'espèce, avançant le déficit notoire des médecins de famille en Suisse et en particulier à Genève où le Dr D. _____ dont il souhaite reprendre la patientèle n'aurait toujours pas trouvé de successeur. En outre, le cas échéant, ces données peuvent servir à analyser les compétences particulières de l'intéressé par rapport à ses consœurs et confrères en vertu de l'art. 5 al. 1 let. c OLAF (pour des cas concrets : voir les arrêts du TAF C-6957/2017 cité consid. 7.3.3; C-3385/2018 du 29 mai 2019 consid. 12).

Toutefois, dans la mesure où le DSES a tenu compte des médecins spécialisés en médecine interne générale, médecine générale et médecine interne, il devait également considérer que l'annexe 1 OLAF fixe pour le canton de Genève le nombre maximum des spécialistes en médecine interne générale à 503 personnes. Dès lors, le seuil maximal de fournisseurs de prestations en médecine de famille s'élève selon l'annexe 1 OLAF à 693 médecins (= 190 + 503). C'est ce nombre-ci qui devrait ensuite être comparé aux ressources réellement disponibles.

8.3.5 Plus encore, le Tribunal remarque que l'on ne peut pas se fonder sans autres sur les listes du médecin cantonal. En effet, des nombreux médecins y figurent plusieurs fois, à titre d'exemple, le Dr E. _____, né en 1979, en tant que médecin praticien, médecin spécialisé en médecine

générale et en médecine interne générale (TAF pce 7 annexes 15 à 17), la Dresse F._____, née en 1977 en tant que médecin praticien et spécialiste en médecine générale [TAF pce 7 annexes 15 et 16], le Dr G._____, né en 1977, et le Dr H._____, né en 1975, en tant que spécialistes en médecine interne générale et en médecine interne (TAF pce 7 annexes 17 et 18), etc. De plus, certains médecins qui se trouvent dans ces extraits et lesquels sont, partant, décrits comme « actifs » à la charge de l'AOS sont très âgés. Même si l'on tient compte du fait que le nombre de médecins exerçant après l'âge de la retraite a fortement augmenté ces dernières années – ainsi en 2016 par rapport à 2008 le nombre a triplé pour les médecins âgés de 65 à 73 ans et plus que doublé pour les médecins âgés au-delà de 74 ans (cf. article du 27 mars 2017 « Les médecins exercent de plus en plus au-delà de l'âge de la retraite », consulté sur le site de la RTS le 25 mars 2020) – il se pose la question de savoir si ces médecins exercent toujours leur profession à charge de l'AOS. Or, il ne ressort pas du dossier que l'autorité inférieure aurait examiné ce point (pour un cas concret voir aussi l'arrêt du TAF C-5914/2016 du 30 janvier 2019 consid. 12.1). Elle ne semble pas non plus avoir vérifié s'ils pratiquaient en tant que médecin de premier recours. A ce sujet, il est à relever que l'AMGe a indiqué dans son avis du 12 mars 2019 que 240 médecins étaient au bénéfice du titre de « médecine interne » mais exerçaient principalement, sinon exclusivement, une autre spécialité (endocrinologie, gastroentérologie et cardiologie etc.; TAF pce 7 annexe 19). Dès lors, le TAF note que sans dépoussiérage et vérifications supplémentaires des données du médecin cantonal, l'autorité inférieure ne pouvait pas retenir pour les médecins praticiens le nombre de 286 personnes (cf. consid. 8.2) et pour les médecins généralistes-internistes celui de 993 personnes (992 personnes selon le décompte du TAF; consid. 8.3.2). En conséquence, l'autorité ne pouvait tirer aucune conclusion valable s'agissant des critères déterminants de l'art. 5 al. 1 let. b et c OLAF susmentionnés.

8.3.6 De surcroît, le TAF constate que l'autorité a omis d'évaluer la couverture sanitaire à l'aune du taux d'activité dans la spécialité concernée selon l'art. 5 al. 1 let. d OLAF. L'avis du 12 mars 2019 de l'AMGe ne fournit à ce sujet pas non plus d'informations utiles (TAF pce 7 annexe 19).

Or, selon la jurisprudence du Tribunal de céans constante, il est essentiel d'évaluer les ressources réelles en soins dans le domaine concerné et de tenir donc compte du taux d'activité des fournisseurs (cf. arrêt du TAF C-6866/2016 du 18 mai 2018 consid. 9.3.2.1 et 13.2; voir aussi les arrêts du TAF C-2618/2018 du 28 novembre 2019 consid. 8.1;

C-3385/2018 du 29 mai 2019 consid. 11.3 et 11.4; C-1837/2014 du 26 novembre 2014 p. 13; C-1994/2010 du 4 octobre 2010) attendu qu'il est notoire que le travail à taux partiel est en augmentation ces dernières années. Ceci est aussi vrai dans le domaine ambulatoire où en 2013 seulement 56,6% de médecins travaillaient à plein temps (cf. STÉPHANIE HOSTETTLER/ESTHER KRAFT, Nouvelles données et aperçu de la statistique médicale 2013, in Bulletin des médecins suisses, 2014, p. 471) et le taux d'activité est passé de 8,7 demi-journées en 2008 à 8,1 demi-journées en 2018 (1 demi-jour = 4 à 6 heures; STÉPHANIE HOSTETTLER/ESTHER KRAFT, Peu de femmes aux postes de cadre, in Bulletin des médecins suisses, 2019, p. 414). Une détermination des médecins par tête est insuffisante. On doit alors attendre des cantons qu'ils se munissent des outils nécessaires à la mise en œuvre de la clause du besoin, soit notamment de ceux leur permettant de requérir des fournisseurs de prestations qu'ils renseignent, du moins globalement, sur la part de leur activité déployée à la charge de l'assurance obligatoire (arrêt du TAF C-2618/2018 du 28 novembre 2019 consid. 8.1).

8.3.7 Enfin, le TAF remarque que l'autorité inférieure a omis d'exposer les raisons pour lesquelles l'activité du recourant ne couvrirait aucun besoin alors que le Tribunal considère qu'il est en principe constant qu'en Suisse, l'offre de médecins de famille est déficitaire et que le recourant souhaite reprendre la patientèle du Dr D. _____ qui depuis plusieurs années ne semble pas avoir trouvé de successeur (cf. arrêt du TAF C-1464/2017 du 16 décembre 2019 consid. 7.6).

8.3.8 En conclusion, le TAF ne peut pas retenir en l'état les nombres de 286 médecins praticiens et de 993 médecins généralistes-internistes actifs (ou 992 selon le TAF; consid. 8.3.2) dans le canton de Genève et il constate que l'autorité précédente n'a pas procédé à une évaluation de la couverture sanitaire conforme à la loi. Partant, l'autorité n'a pas pu démontrer qu'il existait à Genève une couverture sanitaire suffisante dans le domaine des médecins praticiens.

9.

Dans cette situation, peut en principe rester ouverte la question de savoir si le droit suisse est conforme au droit communautaire et notamment à l'art. 2 ALCP (RS 0.142.112.681) qui traite de la non-discrimination des ressortissants d'un Etat membre en raison de la nationalité et à l'art. 7 let. a ALCP très proche lequel prévoit l'égalité de traitement en ce qui concerne l'accès à une activité économique et son exercice ainsi que les conditions de vie, d'emploi et de travail (voir aussi les art. 9 et 15 de l'annexe 1 ALCP).

Nonobstant, le TAF tient à rappeler que sous les anciennes versions du droit, le Tribunal fédéral a déjà remarqué que les réglementations édictées par le Conseil fédéral et les cantons sur la base de l'art. 55a LAMal en vue de limiter l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge l'AOS ne violaient pas l'Accord sur la libre circulation des personnes et l'art. 2 ALCP notamment (ATF 130 I 26 consid. 3.1 à 3.3 trad. in : JdT 2005 I 143; arrêt du TF 2P.134/2003/fzc du 6 septembre 2004 consid. 10 trad. in : SJ 2005 I 205 et RDAF 2005 I 182). De plus, s'agissant le nouveau droit, le Tribunal de céans a admis que l'art. 55a al. 2 LAMal lequel exclut de la preuve du besoin les médecins qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu est compatible avec les art. 2 et 13 ALCP (ATAF 2018 V/1 consid. 9 à 9.7). Le Tribunal fédéral et le TAF ont considéré que les mesures prises par la Suisse pour garantir l'équilibre de ses assurances sociales ne sont pas, à elles seules, constitutives d'une discrimination inadmissible (ATF 130 I 26 consid. 3.1; TAF 2018 V/a consid. 9.5.2). De plus, l'interdiction de toute forme de discrimination, directe ou indirecte, garantie à l'art. 2 ALCP n'est pas absolue, des exceptions pouvant être justifiées pour la protection de la santé publique notamment dans la mesure où celle-ci apporte la garantie d'une certaine qualité de prestations de santé et la mise à disposition de tous les prestations médicales à un prix raisonnable par le biais d'une meilleure gestion des coûts de la santé (ATAF 2018 V/1 consid. 9.6 et 9.7).

10.

Enfin, vu l'issue de la cause, le Tribunal tient encore à remarquer le suivant concernant le droit d'être entendu du recourant :

10.1 Le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure et l'art. 29 al. 2 Cst. (RS) lequel consacre sa garantie indique un standard minimum. La violation du droit d'être entendu n'entraîne cependant que dans des cas exceptionnels la nullité de la décision. En principe, la décision est annulable lorsque la violation est invoquée dans le cadre d'un recours sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (notamment : ATF 132 V 387 consid. 5.1; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3^e éd. 2011, pp. 283, 313 et 322; voir aussi AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, Les droits fondamentaux, Volume II : Les droits fondamentaux, 3^e éd. 2013, p. n° 1358 ss, pp. 619 ss).

10.2

10.2.1 Le droit d'être entendu comprend notamment le droit de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise (notamment : ATF 145 I 167 consid. 4.1; 142 II 218 consid. 2.3; 132 V 268 consid. 3.1 et références; voir aussi les art. 29 à 33 PA). De règle générale, l'autorité n'a pas l'obligation d'entendre une personne ayant déposée une demande d'autorisation avant le prononcé de la décision, car celle-ci est supposée avoir fait état de l'ensemble des éléments favorisant une réponse positive de l'administration. Il est toutefois réservé le cas où l'autorité entend fonder sa décision sur des éléments auxquels l'intéressé ne pouvait s'attendre (THIERY TANQUEREL, op. cit., n° 1530; JAAC 2003/67 N° 11).

10.2.2 En l'occurrence, l'autorité cantonale s'est basée principalement sur les listes du 15 octobre 2018 du médecin cantonal et tenait dans son analyse également compte des médecins spécialisés en médecine interne générale, en médecine générale et en médecine interne alors que l'OLAF prévoit un examen d'admission à pratiquer à charge de l'AOS par domaines de spécialité concernés. Au regard de la jurisprudence, l'autorité aurait alors dû informer le recourant de son projet de décision négatif et expliquer brièvement sa position. De plus, elle aurait dû inviter l'intéressé à prendre position (cf. arrêts du TAF C-6866/2016 du 18 mai 2018 consid. 5.4; C-1837/2014 du 26 novembre 2014 p. 13).

10.3

10.3.1 Le droit d'être entendu comprend également le droit d'obtenir une décision motivée (cf. art. 35 al. 1 PA). Le but poursuivi est que le destinataire de la décision puisse comprendre la décision et l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse ensuite exercer son contrôle. La motivation des décisions est donc un élément de la transparence de l'administration et de la justice (cf. ATF 126 I 97; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, op. cit., n° 1346, p. 615). L'étendue de la motivation dépend des circonstances propres du cas concret (cf. HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7^e éd. 2016, n° 1072). Cela étant, en règle générale, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la partie puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (notamment : ATF 141 V 557 consid. 3.2.1, 124 V 180 consid. 1a; ATAF 2012/24 consid. 3.2.1). De plus, bien que l'autorité doive examiner les conclusions et allégations des parties et en tenir compte dans sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1; 124 I 241 consid. 2 et 124 V 389

consid. 4a), elle n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuves et griefs soulevés et peut se limiter à ceux qui peuvent être tenus comme pertinents (notamment : ATF 141 V 557 consid. 3.2.1; 126 I 97 consid. 2b; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2).

10.3.2 Dans le cas concret, il apparaît d'emblée que l'arrêté attaqué ne répond pas à ces exigences jurisprudentielles, l'autorité s'étant limitée à mentionner les dispositions légales, quelques faits – dont un préavis du 28 novembre 2018 de la commission quadripartite consultative en matière de limitation de l'admission des fournisseurs à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire qui, toutefois, ne se trouve pas dans le dossier – ainsi que le dispositif querellé. L'autorité a totalement omis d'expliquer pour quelles raisons concrètes elle a rejeté la demande du recourant. Ce n'est que dans le cadre de la présente procédure qu'elle a apporté des explications. L'autorité n'est pas non plus entrée en matière sur les arguments avancés par le recourant. Dans la mesure où, de plus, l'autorité n'a pas informé le recourant de son projet de décision (cf. consid.10.2 ci-dessus), ce défaut de motivation est particulièrement grave.

11.

En conclusion, le recours est admis partiellement et l'arrêté attaqué du 14 décembre 2018 annulé. Au regard de l'art. 61 al. 1 PA, le dossier est renvoyé à la première instance pour complément d'instruction et nouvelle décision sur la demande d'admission du recourant à pratiquer à charge de l'AOS. En effet, l'instruction du dossier est lacunaire à plusieurs égards et au vu de l'art. 53 al. 2 let. a LAMal et de la jurisprudence du Tribunal, il n'appartient pas au TAF de procéder en l'espèce à l'instruction supplémentaire (cf. consid. 5.2). De plus, en matière de la limitation d'admission des décisions d'appréciation doivent être prises pour lesquelles l'autorité cantonale dispose d'une large marge de manœuvre (cf. consid. 7.4 et 7.5). Du reste, si le TAF décidait lui-même de la demande d'admission du recourant, les parties ne disposeraient que d'une seule instance, sans possibilité de recours (cf. art. 83 let. r de la loi sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]), ce qui serait délicat au regard de la garantie de l'accès au tribunal, ancrée dans l'art. 29a Cst. (cf. ATAF 2015/39 consid. 20).

Concrètement, l'autorité inférieure devra compléter son instruction et évaluer le besoin en soins de médecins praticiens compte tenu des ressources effectives et des critères énoncés dans l'art. 5 al. 1 let. b à d OLAF auxquels l'art. 5 al. 2 OLAF renvoie (cf. consid. 8.3.3 ss). Elle veillera

également à assurer le droit d'être entendu du recourant (cf. consid. 10) et rendra une nouvelle décision.

12.

12.1 En règle générale, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA) ; a contrario, la partie qui a obtenu gain de cause ne doit en principe pas ces frais (cf. également l'art. 63 al. 3 PA).

En l'occurrence, le recourant est considéré comme avoir obtenu gain de cause conformément à la jurisprudence selon laquelle la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Partant, l'avance de frais présumée de 3'000 francs que le recourant a versée (TAF pces 2 à 5) lui sera restituée.

Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité précédente (cf. art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA; art. 7 al. 3 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

12.2 Bien que le recourant ait obtenu gain de cause, il ne lui est pas alloué de dépens. En effet, il n'a pas démontré qu'il a supporté des frais indispensables et relativement élevés en raison du présent recours (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 4 et 8 FITAF).

13.

En application de l'art. 83 let. r de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110), les décisions en matière d'assurance maladie rendues par le Tribunal de céans ne peuvent pas être attaquées devant le Tribunal fédéral (lors même que l'art. 34 LTAF, auquel se réfère l'art. 83 let. r LTF, a été abrogé le 1er janvier 2009 et remplacé par les art. 53 al. 1 et 90a LAMal). La présente décision est donc finale et entre en force dès sa notification (cf. arrêt du TAF C-3997/2014 du 16 décembre 2016 consid. 11 et références).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Les recours est admis partiellement.

2.

L'arrêté du 14 décembre 2018 par lequel la demande d'admission du recourant à pratiquer à charge de l'AOS a été rejetée, est annulé et l'affaire renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvel examen et décision dans le sens des considérants.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 3'000 francs, versée par le recourant, lui est restituée.

4.

Il n'est pas alloué de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. MAP/700275-2019/DGS/DAJ/CWK-lbr; Acte judiciaire)
- à l'Office fédéral de la santé publique (Recommandé).

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Expédition :