



Arrêt du 25 juin 2018

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
David Weiss, Christoph Rohrer, juges,
Brian Mayenfisch, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Michel de Palma,
recourant,

contre

**Département de la santé, des affaires sociales et de la
culture (DSSC),**
Avenue de la Gare 39, 1950 Sion,
autorité inférieure,

Objet

Assurance-maladie ; limitation à pratiquer à la charge de
l'assurance-maladie obligatoire ; décision du 10 août 2017.

Faits :**A.**

A. _____, ressortissant de nationalité (... [ressortissant d'Etat membre de l'Union européenne]) a obtenu son certificat de compétence en électrocardiographie le (...), en (... [Etat membre de l'Union européenne]) ; il a été autorisé, le (...) et dans ce même pays, à porter le titre de médecin généraliste. L'intéressé s'est ensuite vu délivrer le même titre de médecin généraliste le (...) en (... [Etat membre de l'Union européenne] ; TAF pce 9 [annexe 1]).

B.

L'intéressé a requis, à une date qui ne ressort pas du dossier, la reconnaissance de son titre de médecin généraliste auprès de l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : l'OFSP ou l'Office).

B.a Le (...) 2015, la Commission des professions médicales (MEBEKO) a reconnu, sur la base de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 (LPMéd, RS 811.11), le diplôme de médecin de l'intéressé obtenu en (...), en l'inscrivant dans le registre fédéral concernant les titulaires de diplômes fédéraux ou étrangers reconnus (TAF pce 9 [annexe 1]).

B.b Le (...) 2015, la même Commission a reconnu, toujours sur la base de l'ALCP et de la LPMéd, le titre postgrade de médecin généraliste obtenu par l'intéressé en (...), en l'inscrivant comme médecin praticien au registre fédéral concernant les titulaires de titres postgrades fédéraux ou étrangers reconnus (TAF pce 9 [annexes 1]).

C.

C.a Le 4 janvier 2017, l'intéressé a déposé une requête tendant à l'octroi de l'autorisation de pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire, en tant que médecin praticien indépendant dans le canton du Valais (TAF pce 9 [annexes 1]).

C.b Par courrier du 12 janvier 2017, le DSSC, soit pour lui le Service de la Santé Publique (SSP), a informé l'intéressé que le Conseil d'Etat du canton du Valais avait choisi d'appliquer la clause du besoin de l'art. 55a de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal, RS 832.10), de sorte que l'intéressé était soumis à la preuve du besoin s'il voulait pouvoir

pratiquer à charge de l'assurance-maladie dans ledit canton. L'autorité inférieure a ainsi enjoint l'intéressé de déposer une demande de dérogation à ladite clause (TAF pce 9 [annexe 3]).

C.c Par courrier du 25 mai 2017 adressé à l'administration cantonale compétente, le Dr B._____, médecin généraliste et directeur technique au Centre C.____ (ci-après : Centre médical), à D.____ (Commune du canton du Valais), a fait part de son intérêt à engager l'intéressé. Le directeur du Centre médical a notamment relevé que le départ à la retraite du Dr E.____ avait eu pour conséquence que le Centre médical récupère une large portion de la clientèle de celui-ci, de même que le départ à venir du « Dr (...) » (recte : de la Dresse F.____) à (...), allait, selon toute vraisemblance, conduire une partie de sa clientèle au Centre médical. Par ailleurs, le Dr B._____ lui-même prévoyait d'exercer à l'avenir au sein de la Commune de (...). Ces divers éléments justifiaient selon lui qu'un nouveau médecin praticien soit admis à exercer au sein ou à proximité de la Commune (TAF pce 9 [annexe 4]).

C.d Dans sa demande du 26 mai 2017 adressée au médecin cantonal (TAF pce 9 [annexe 4]), l'intéressé a requis une dérogation à la clause du besoin, en vue de pouvoir exercer au sein du Centre médical.

C.e Par courrier du 12 juin 2017, le SSP, soit pour lui le médecin cantonal, a requis de la Société Médicale du Valais (SMVS) qu'elle se prononce sur la possibilité d'octroyer, à titre exceptionnel, une autorisation de pratiquer à charge de l'assurance-maladie (en raison, par exemple, du constat d'une pénurie dans la région concernée [TAF pce 9, annexe 6]) ; par un second courrier daté du même jour, le médecin cantonal a prié la Dresse G._____, médecin de district établie à (...), de se prononcer sur cette même question (TAF pce 9 [annexe 12]).

C.f Le 27 juin 2017, la Dresse G._____ a répondu au courrier du 12 juin 2017 lui ayant été adressé, affirmant qu'une autorisation exceptionnelle ne se justifiait pas, en l'absence de pénurie dans la région de (...) et environs (TAF pce 9 [annexe 12]).

C.g Le 27 juillet 2016, la SMVS s'est déterminée à son tour sur cette question, en soutenant que dans la mesure où l'intéressé n'avait pas suivi de formation continue clinique, une autorisation de pratiquer dans le canton du Valais ne pouvait lui être accordée (TAF pce 9 [annexe 6]).

C.h Par décision du 10 août 2017 (notifiée à l'intéressé le 11 août 2017), le Conseil d'Etat du canton du Valais, soit pour lui le DSSC, a rejeté la demande de l'intéressé tendant à ce qu'il puisse pratiquer comme médecin à charge de l'assurance-maladie obligatoire (TAF pce 1 [annexe 2]).

L'autorité inférieure a considéré que le nombre de médecins praticiens autorisés dans le canton dépassait déjà le nombre théorique fixé dans l'Annexe I de 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), à savoir 93 médecins praticiens au lieu de 67, de sorte que seule une autorisation exceptionnelle pouvait entrer en ligne de compte ; or, se basant sur l'étude du mois de juillet 2015 de l'Observatoire valaisan de la santé (OVS), chiffres 2014 (ci-après : l'étude OVS [TAF pce 1, annexe 4]), et estimant que la Commune de D. _____ (ci-après : la Commune) appartenait au Bas-Valais urbain, l'autorité de première instance a relevé que la région connaissait un taux équivalent plein temps (EPT) de 1.0 médecin avec activité de premier recours pour 1'000 habitants, soit un taux supérieur à la moyenne cantonale de 0.8, de sorte que la couverture en soins n'était pas insuffisante dans la spécialité considérée. Le DSSC a par ailleurs relevé que tant la médecin de district de (...) que la SMV avaient estimé que la région concernée ne souffrait d'aucune pénurie de médecins praticiens.

D.

D.a Par acte du 11 septembre 2017, l'intéressé, représenté par Maître Michel de Palma, a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) contre la décision susmentionnée ; il a conclu à l'admission du recours et à l'annulation de la décision attaquée, ainsi qu'à son admission à pratiquer à charge de l'assurance-maladie come médecin praticien dans la Commune, sous suite de frais et dépens (TAF pce 1).

L'intéressé a notamment fait valoir une violation de l'art. 55a LAMal et de ses ordonnances d'application, soit une violation du droit fédéral ; il a en ce sens souligné que tant l'OLAF (à son art. 4) que l'ordonnance d'application valaisanne (à son art. 5) prévoyaient qu'en présence d'une couverture insuffisante dans le canton, une autorisation à pratiquer à charge de l'assurance-maladie devait être octroyée quand bien même le nombre maximal de médecins était atteint (annexe 1 de l'OLAF). Il a en ce sens soutenu que de ne pas l'admettre malgré la couverture insuffisante de soins irait à l'encontre du but des normes susmentionnées. Le recourant a ensuite fait grief à l'autorité inférieure d'avoir, en considérant que la

couverture en soins était suffisante dans la région concernée, procédé à une constatation inexacte des faits, dans la mesure où elle avait retenu à tort que la Commune appartenait au Bas-Valais urbain. L'intéressé a en effet relevé, dans le contexte de l'étude OVS sur laquelle se basait en partie la décision attaquée, que la Commune n'appartenait pas au milieu urbain du Valais, mais était au contraire au Bas-Valais rural selon l'enquête y relative de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Or il ressortait de ladite étude OVS que le nombre de médecins EPT était nettement moins élevé en milieu rural (0.5 EPT) qu'en milieu urbain (1.1 EPT) ; par ailleurs, ce nombre était encore moins élevé dans le Bas-Valais rural (0.4). Dans ce contexte, le recourant a relevé que le nombre EPT de 0.4 médecin dans le Bas-Valais rural reflétait correctement la situation de la Commune, qui connaissait une pénurie de médecins praticiens (il a, dans ce contexte, présenté plusieurs courriers de divers intervenants partageant ce point de vue). Estimant que les éléments figurant au dossier contredisaient les conclusions de l'autorité inférieure, l'intéressé a conclu que l'autorité inférieure, en constatant les faits de manière manifestement inexacte, avait, en rendant la décision attaquée, versé dans l'arbitraire. Comme dernier grief, le recourant a fait valoir que la décision attaquée était inopportune, en ce qu'elle reposait sur les avis de la SMVS et de la médecin de District, selon lui non-motivés et non-fondés.

D.b Le recourant s'est acquitté de l'avance sur les frais de procédure présumés de CHF 2'000.- dans le délai qui lui avait été imparti (TAF pces 2 – 4).

D.c Dans sa réponse du 6 décembre 2017, le Conseil d'Etat, soit pour lui le DSSC, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 9).

Concernant la prétendue violation de l'art. 55a LAMal et de ses ordonnances d'application, l'autorité inférieure a estimé avoir à juste titre considéré que la région présentait une couverture sanitaire suffisante, en ce que celle-ci présentait un nombre suffisant de médecins de premier recours, sachant qu'un médecin praticien se trouvait à (...), un autre à (...), un troisième à (...), et enfin deux médecins à (...) (soit à environ 2.5 kilomètres en moyenne de la Commune). L'autorité a par ailleurs estimé que la décision attaquée était opportune ; si elle a reconnu que l'avis du SMVS reposait sur des motifs non pertinents (en relevant toutefois qu'il n'avait eu aucune incidence dans la décision entreprise), celui de la médecin de district constituait en revanche l'avis d'une autorité publique disposant d'une connaissance intime de sa région. S'agissant ensuite du

grief de constatation inexacte des faits, l'autorité inférieure a admis que la décision reposait à tort sur une étude de la couverture sanitaire en Bas-Valais urbain, alors même que la Commune se situait dans le Bas-Valais rural ; elle a toutefois estimé que cette erreur était sans pertinence, au vu des autres possibilités offertes aux patients voulant se faire soigner dans la région. En effet, après avoir tout d'abord relevé que la localisation d'un médecin dans une région ou dans une autre ne donnait en tous cas pas droit à recevoir une autorisation exceptionnelle, l'autorité inférieure a ensuite souligné que si la Commune se situait certes en milieu rural, elle était toutefois bien desservie en matière de routes et de transports publics, ce sans compter que la Dresse H._____ pratique non loin de là, de sorte que la couverture médicale restait bien assurée dans cette région. En ce qui avait trait aux divers correspondances adressées à l'administration et faisant état du besoin d'un médecin praticien au sein de la Commune, l'autorité a estimé que celles-ci n'étaient pas propres à influencer la décision de l'administration ou ne faisaient pas état d'éléments propres à documenter un état de pénurie.

D.d Le recourant, dans sa réplique du 5 février 2018 (TAF pce 12), a notamment relevé que l'autorité inférieure s'écartait à présent de l'étude OVS en qualifiant comme sans pertinence l'erreur de catégorisation de la Commune comme appartenant au Bas-Valais urbain, alors même qu'elle s'était abondamment référée à ladite étude pour fonder la décision attaquée. Le recourant a dès lors relevé que la décision attaquée semblait à présent se fonder uniquement sur l'avis de la médecin de district et la relative proximité de médecins traitants dans d'autres communes du district. Par ailleurs, l'intéressé a soutenu que le taux de médecins EPT était, dans la région de la Commune concernée, inférieure non seulement à la moyenne cantonale, mais encore à celle du Bas-Valais rural.

D.e Par courrier du 8 février 2018, le recourant a encore fait parvenir au Tribunal la lettre du 5 décembre 2017 du Dr B._____ annonçant la fin de son exercice de médecin généraliste au Centre médical (TAF pce 13).

D.f L'autorité inférieure, par duplique du 14 mars 2018, a en particulier soutenu que la densité médicale n'avait que peu à voir avec le sentiment de pénurie médicale ; elle a en revanche considéré que la notion d'offre insuffisante dans une région ne devait pas s'évaluer au premier plan par des statistiques, mais au contraire par le ressenti de la population, et ce en particulier par le biais de l'appréciation de la médecin de district. Or celle-ci avait estimé, dans son courrier du 27 juin 2017, que la région concernée ne souffrait d'aucune pénurie (TAF pce 16).

D.g Le recourant, dans des observations spontanées du 16 avril 2018, a souligné que l'avis de l'autorité inférieure apparaissait comme contradictoire, en ce qu'il semblait tout d'abord donner pleine valeur probante aux chiffres statistiques, avant de minimiser l'importance desdits chiffres au profit du ressenti de la population (TAF pce 18).

D.h Par ses écritures finales du 4 mai 2018, l'autorité inférieure rappelle qu'il lui revient de décider si elle souhaite délivrer une autorisation exceptionnelle, le recourant ne possédant pas de droit subjectif à l'obtenir. Elle réaffirme par ailleurs que l'offre médicale n'est pas insuffisante dans la région concernée. Enfin, elle relève que le recourant n'a pas fait grief à l'autorité inférieure d'avoir fait preuve d'arbitraire ou d'un traitement inéquitable à son égard (TAF pce 20).

E.

Les arguments et autres faits de la cause seront exposés et discutés en tant que de besoin ci-après.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions légales – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF.

1.2 Conformément à l'art. 33 let. i LTAF, le recours devant le Tribunal est recevable contre les décisions rendues par des autorités cantonales, dans la mesure où d'autres lois fédérales prévoient un recours au TAF, telles les art. 53 al. 1 et 90a al. 2 LAMal selon lesquels, en relation avec l'art. 55a LAMal, le Tribunal connaît des recours contre les décisions des gouvernements cantonaux concernant l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins dans le cadre de la clause du besoin. Selon la jurisprudence, le TAF est aussi compétent lorsque la décision 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 9G_2/2008 du 11 décembre 2008).

Eu égard à ce qui précède, le Tribunal est compétent pour connaître du recours contre la décision contestée, étant remarqué que les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

1.3 La procédure est régie par la LTAF et la PA auxquelles l'art. 53 al. 2 LAMal renvoie, ainsi que par les exceptions énoncées à ce même alinéa qui ont trait à la rationalisation de la procédure. Par conséquent, 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 n'a lieu qu'exceptionnellement.

Il est précisé que la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (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 (cf. Message du Conseil fédéral du 21 novembre 2012 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, Réintroduction temporaire de l'admission selon le besoin ; voir aussi l'art. 2 LPGA ; 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).

1.4 L'intéressé a qualité pour recourir contre la décision du 10 août 2017, au sens de l'art. 48 al. 1 PA, ayant pris part à la procédure devant l'autorité inférieure, étant spécialement atteint par la décision attaquée, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification. Par ailleurs, il est dûment représenté (TAF pce 1 [annexe 1]).

1.5 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 50 et 52 PA), et l'avance de frais de procédure ayant été acquittée dans le délai imparti (cf. art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur son fond.

2.

L'objet du litige porte sur la question de savoir si l'autorité inférieure pouvait refuser au recourant l'autorisation de pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire en tant que médecin praticien.

3.

3.1 Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal de céans 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 (let. c).

3.2 Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans dispose en principe d'un plein pouvoir de cognition. Il fait néanmoins 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 130 II 449 consid. 4.1, 129 II 331 consid. 3.2, 119 Ib 33 consid. 3b p. 40 ; arrêt du TAF C-3940/2009 du 20 juillet 2010 consid. 2.4.1; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd. 2015, pp. 566 ss ; KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3^{ème} éd. 2013, n° 1050 ss pp 372 s. ; ANDRÉ MOSER, Prozessieren vor Bundesverwaltungsgericht, 2008, n° 2.149 ss, spéc. 2.154).

L'autorité de recours n'intervient dans ces cas 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 (ATF 132 III 109 consid. 2.1, 132 III 49 consid. 2.1).

3.3

Le Tribunal administratif fédéral a statué qu'en matière d'autorisation à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins, le droit déterminant est en règle générale celui qui est en vigueur au moment où la décision est prise par l'administration (arrêt du TAF C-3997/2014 du 16 décembre 2016 consid. 6 - 7). En l'espèce, le droit applicable en matière d'autorisations est donc celui en vigueur au moment où l'autorité a statué, à savoir le 10 août 2017.

4.

4.1 A l'appui de son recours, le recourant invoque une violation du droit fédéral (soit de l'art. 55a LAMal et de ses ordonnances d'application), une constatation inexacte ou incomplète des faits par laquelle l'autorité inférieure aurait versé dans l'arbitraire (classification de la Commune de D. _____ dans le Bas-Valais urbain et non-prise en compte des éléments au dossier attestant d'une couverture sanitaire insuffisante) et, enfin, l'inopportunité de la décision attaquée (voir *supra*, let. D.a).

4.2 L'autorité saisie se limite 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*, 2013, p. 25 n° 155; KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, *op.cit.*, n°s 154 ss).

5.

5.1 L'art. 55a LAMal, en tant que mesure extraordinaire de maîtrise des coûts, permet aux cantons de faire dépendre l'admission des médecins à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire à l'établissement de la preuve d'un besoin. La limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins est un outil de pilotage mis à la disposition des cantons pour répondre aux problèmes de l'augmentation importante du nombre de fournisseurs de prestations. Par voie de conséquence, une telle limitation a pour but de freiner une croissance démesurée des coûts de la santé et, partant, des primes d'assurance-maladie (FF 2012 8709, 8714). Il est en effet de notoriété publique que cette augmentation représente un problème financier grave pour les assurés (ATF 140 V 574 consid. 5.2.2, 130 I 26 consid. 6.2 trad. in : JdT 2005 I 143).

5.2 Une première version de l'art. 55a LAMal a été introduite pour la première fois le 1^{er} janvier 2001, celui-ci ayant été régulièrement prorogé selon des teneurs diverses avant de finalement arriver à échéance le 31 décembre 2011 (RO 2000 2305, RO 2005 1071, RO 2008 2917, RO 2009 5265). L'origine de cette disposition repose sur la volonté du Parlement de maîtriser les coûts de l'assurance-maladie obligatoire, dès lors notamment que le nombre de fournisseurs de prestations admis pouvaient considérablement augmenter sous l'effet des accords bilatéraux

avec l'Union européenne (ATF 130 I 26 consid. 5.2.2 trad. in : JdT 2005 I 143 ; cf. débats sur la révision de la LAMal [98.058 "Subsides fédéraux et révision partielle"], BO 1999 N 738, 741, 755 ss [Cavalli, Gross, Raggenbass]).

5.3 L'art. 55a LAMal a ensuite été remanié et est entré en vigueur à nouveau le 1^{er} juillet 2013 pour une durée limitée, soit jusqu'au 30 juin 2016 (RO 2013 2065), avant d'être prolongé jusqu'au 30 juin 2019 (RO 2016 2265). Cette nouvelle entrée en vigueur s'est justifiée par l'absence de moyens pour les cantons de pilotage dans le domaine ambulatoire (Message du 21 novembre 2012 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [Réintroduction temporaire de l'admission selon le besoin], FF 2012 8709, 8710 et 8712), dès lors notamment que le peuple a refusé la réforme concernant les réseaux de soins intégrés (Managed care ; FF 2004 5257) le 17 juin 2012 (FF 2012 7159). De plus, depuis l'échéance de la limitation de l'admission à la fin 2011, le nombre de demandes de numéros au registre des codes-créanciers a augmenté de manière très marquée dans certains cantons entraînant un accroissement des coûts de la santé (FF 2012 8709, 8712 ; BO 2013 N 65 [van Singer], BO 2013 E 129 [Schwaller] et 137 [Berset], BO 2016 N 687 [Berset] ; ATF 140 V 574 consid. 5.2.1). Au moment de la réintroduction de l'art. 55a LAMal, le législateur fédéral a précisé que les outils légaux mis en place permettent aux cantons d'intervenir rapidement dans ce domaine avant qu'il ne réglemente définitivement la maîtrise des coûts à long terme et de manière ciblée (FF 2012 8709, 8713-8714).

5.4 Aux termes de l'art. 55a al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut faire dépendre de l'établissement de la preuve d'un besoin, l'admission des médecins visés à l'art. 36 LAMal, qui exercent une activité dépendante ou indépendante, et 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. 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 reconnue (art. 55a al. 2 LAMal). 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 (art. 55a al. 3 LAMal). Le législateur fédéral a octroyé à l'art. 55a LAMal une importante marge de manœuvre au Conseil fédéral (ATF 130 I 26 consid. 6.3 trad. in : JdT 2005 I 143).

6.

6.1 Faisant usage de la compétence prévue à l'art. 55a LAMal, le Conseil fédéral a édicté l'OLAF, qui est entrée en vigueur le 5 juillet 2013 avec effet jusqu'au 30 juin 2016 (art. 8 al. 1 OLAF). La durée de validité de l'OLAF a été prolongée jusqu'au 30 juin 2019 (art. 8 al. 2 OLAF) sans qu'il soit apporté de changements déterminants. Il sied de préciser qu'une ordonnance similaire – dont le contenu différait – était entrée en vigueur le 4 juillet 2002 (RO 2002 2549) et la validité avait été régulièrement prolongée (RO 2005 2353, RO 2008 3165) jusqu'à s'éteindre au 31 décembre 2011 en même temps que le précédent art. 55a LAMal (RO 2009 5339).

6.2 Sous réserve des personnes visées à l'art. 55a al. 2 LAMal et dans les dispositions transitoires relatives à la modification du 21 juin 2013 de la LAMal, 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 des soins que si le nombre maximum fixé à l'annexe I pour le canton et le domaine de spécialité concerné n'est pas atteint (art. 1 OLAF). Les cantons peuvent prévoir que l'art. 1 OLAF s'applique également aux médecins qui exercent dans le domaine ambulatoire des hôpitaux visés à l'art. 39 LAMal (art. 2 al. 1 OLAF). Si les cantons font usage de cette compétence, ils augmentent de manière adéquate les nombres maximaux de fournisseurs de prestations fixés dans l'annexe I (art. 2 al. 2 OLAF). Cette ordonnance fixe dans ses annexes I et II des seuils, en nombres absolus et par densités, des médecins par spécialité admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire correspondant à une couverture adéquate des besoins sanitaires.

6.3 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 et arrêt du TAF C-6535/2016 du 15 mars 2017 consid. 3). Dans le cadre des art. 3 et 4 OLAF, le régime de la limitation peut ainsi être aménagé par les cantons (ATF 140 V 574 consid. 5.2.4). En application de l'art. 55a al. 3 LAMal, le Conseil fédéral a fixé à l'art. 5 al. 1 OLAF les critères dont les cantons tiennent notamment compte lorsqu'ils font usage des compétences attribuées par les art. 3 let. b et 4 OLAF, à savoir : (let. a) la densité médicale dans les cantons voisins, dans la région à laquelle ils sont rattachés au sens de l'annexe II et dans

l'ensemble de la Suisse, (let. b) l'accès des assurés au traitement en temps utile, (let. c) les compétences particulières des personnes dans le domaine de spécialité concerné et (let. d) le taux d'activité des personnes dans le domaine de spécialité concerné.

7.

A titre liminaire, il sied de relever que dans l'ATF 140 V 574, publié à la fin de 2014, soit après l'entrée en vigueur du nouvel art. 55a LAMal et de la nouvelle OLAF, le Tribunal fédéral n'a pas remis en cause l'application de la jurisprudence jusqu'alors pertinente (notamment codifiée dans l'ATF 130 I 26), mais y a largement fait référence (arrêt du TAF C-352/2016 du 13 mars 2018 consid. 3.4).

7.1 Le Tribunal fédéral a déjà jugé que la clause du besoin instaurée par l'art. 55a LAMal poursuivait un but de politique sociale admissible au regard de la liberté économique (ATF 130 I 26 consid. 6.2 trad. in : JdT 2005 I 143), ce qu'il a confirmé après la réintroduction de l'art. 55a LAMal le 1^{er} juillet 2013 (ATF 140 V 574 consid. 5.2.2). Par ailleurs, le Tribunal administratif fédéral a récemment décidé que l'art. 55a al. 2 LAMal – exemptant de la clause du besoin les médecins ayant exercé au moins pendant trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu – était conforme à l'ALCP (arrêt du TAF C-4852/2015 du 8 mars 2018 consid. 9). Avant l'introduction de cette nouvelle teneur de l'exemption à la clause du besoin le 1^{er} juillet 2013, le Tribunal fédéral avait déjà établi que la limitation d'admission à pratiquer à charge de la LAMal n'était pas contraire à l'ALCP (ATF 130 I 26 consid. 3 trad. in : JdT 2005 I 143 ; arrêt du Tribunal fédéral 2P.134/2003/fzc du 6 septembre 2004 consid. 10 trad. in : SJ 2005 I 205 et RDAF 2005 I 182).

7.2 Il ressort de la jurisprudence du Tribunal fédéral que la législation en matière d'admission de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire constitue une réglementation de droit fédéral directement applicable qui peut être exécutée par les cantons et qui ne doit être que 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). Le blocage à l'admission ne nécessite dès lors aucune base légale au sens formel supplémentaire au niveau cantonal (ATF 140 V 574 consid. 5.2.5, 130 I 26 consid. 5.3.2.2 traduit in : JdT 2005 I 143). Les détails d'application en matière de contrôle de l'admission des prestations n'étant pas fixés par le

législateur fédéral, les cantons sont autonomes pour les mettre en place (ATF 130 I 26 consid. 5.3.2.1 trad. in : JdT 2005 I 143).

7.3 Les cantons sont libres de décider d'appliquer la limitation de l'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. Ceux qui ne sont pas confrontés à la problématique d'une surabondance de fournisseurs de prestations, voire au contraire à un sous-approvisionnement, ne sont pas contraints d'agir (FF 2012 8709, 8714 ; ATF 140 V 574 consid. 5.2.5, 133 V 613 consid. 4.2). Le Tribunal fédéral a conclu qu'il ressortait des débats parlementaires le caractère fédéraliste et non contraignant pour les cantons de mettre en œuvre et d'utiliser cet outil de régulation. Ainsi, selon le Tribunal fédéral, le législateur fédéral entendait clairement laisser aux cantons une large autonomie en matière de limitation de l'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (BO 2013 CN 65 [van Singer], BO 2013 CE 416 s [Egersegi-Obrist, Pasquier, Schwaller], BO 2013 CE 559 [Berset] ; ATF 140 V 574 consid. 6.1). Entre 2013 et 2016, 18 cantons ont appliqué une limitation des admissions (Possibilité de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admission de médecins [Rapport du Conseil fédéral en exécution du postulat 16.3000 CSSS-E du 12 janvier 2016] du 3 mars 2017, n° 3.2.2 p. 18).

Au vu de ce qui précède, la marge de manœuvre des cantons est large pour savoir s'ils décident de mettre en œuvre cet outil de régulation. Néanmoins, cette marge de manœuvre est à nuancer lorsque les cantons ont décidé d'appliquer la limitation d'admission des médecins à pratiquer à charge de la LAMal, concernant notamment les seuils des annexes de l'OLAF (voir *infra*, consid. 7.3.1) et les critères d'appréciation conformément aux art. 55a al. 3 LAMal et art. 5 al. 1 let. a – d OLAF (voir *infra*, consid. 7.3.2).

7.3.1 Concernant les seuils fixés par les annexes I et II de l'OLAF, les cantons peuvent s'en écarter. En effet, le Tribunal fédéral a constaté sous l'angle d'un contrôle abstrait des normes qu'une législation cantonale était conforme au sens et à l'esprit du droit fédéral lorsqu'elle s'écartait des limites fixées dans l'annexe I OLAF pour privilégier un examen au cas par cas de chaque demande d'admission supplémentaire à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire de soins afin d'adapter l'offre sanitaire cantonale au plus près des besoins de la population (ATF 140 V 574 consid. 6.3). Le Tribunal fédéral avait déjà retenu, sous l'angle de l'ancien art. 55a LAMal, qu'il était dans la nature des choses que, dans le cadre d'une planification étatique des besoins, les autorités bénéficient d'une

certaine marge de manœuvre parce que le besoin à couvrir ne pouvait finalement jamais être exactement fixé de manière objective (ATF 130 I 26 consid. 6.3.1.2 trad. in : JdT 2005 I 143). La critique faite dans la doctrine de la fixation de ces seuils peut ainsi être relativisée (voir MERCEDES NOVIER, Le droit du travail du médecin-assistant et du chef de clinique Aperçu du droit fédéral et de la situation en Suisse romande, in : LaPD – La pratique du droit, 2016, p. 104 ; STÉPHANE ROSSINI, Le gel de l'admission des cabinets médicaux et la cohérence du processus de décision, in : Réflexions romandes en droit de la santé Mélanges offerts à la Société suisse des juristes par l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel à l'occasion de son congrès annuel 2016, édit. : Dupont/Guillod, 2016, p. 83-85).

7.3.2 Comme constaté par le présent Tribunal dans un arrêt récent (arrêt du TAF C-6866/2016 du 18 mai 2018), la marge de manœuvre des cantons n'est pas totale, en ce qui concerne l'application des critères fixés par l'art. 5 OLAF. D'une part, les cantons sont certes libres de mettre en place des critères supplémentaires (consid. 9.3.2.2 de l'arrêt susmentionné ; voir *infra*, consid. 7.3.2.2), mais d'autre part ils ne peuvent pas purement et simplement ignorer les critères établis par le Conseil fédéral (consid. 9.3.2.1 de l'arrêt susmentionné ; voir *infra*, consid. 7.3.2.1).

7.3.2.1 Il ressort de façon claire et expresse de l'art. 55a al. 3 LAMal que c'est le Conseil fédéral qui fixe les critères d'appréciation permettant d'établir la preuve du besoin, et non les cantons. Il serait sinon superflu que le Conseil fédéral les consulte (art. 55a al. 3 LAMal). Lors des discussions parlementaires en 2013 pour la réintroduction limitée dans le temps d'une limitation d'admission à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire (art. 55a LAMal), le Conseil des Etats a voté favorablement dans un premier temps la proposition du Conseiller des Etats, Alex Kuprecht, selon laquelle chaque canton pouvait fixer lui-même ses critères permettant d'établir la preuve du besoin en connaissance de sa propre situation (« Der Bundesrat legt im Einvernehmen mit den Kantonen die Kriterien fest, [...] », BO 2013 E 416, 422-423). Néanmoins, le Conseil national a préféré par la suite la proposition initiale du Conseil fédéral – étant devenue l'actuel art. 55a al. 3 LAMal – aux termes de laquelle c'est le Conseil fédéral qui fixe les critères après avoir consulté différents intervenants, notamment les cantons (BO 2013 N 962, 962-966). Le Conseil des Etats s'est ensuite rallié au Conseil national (BO 2013 E 558, 558- 560). Le législateur fédéral a donc prévu que les cantons soient consultés lors de la fixation des critères applicables à l'exception de la clause du besoin, et non qu'il soit de l'unique compétence des cantons de

les déterminer librement. Il sied de préciser que, sous l'empire de l'ancien art. 55a al. 1 LAMal (abrogé au 31 décembre 2011), il était d'ores et déjà prévu que le Conseil fédéral fixait les critères d'appréciation ; toutefois il n'avait pas fait usage de cette compétence dans l'ancienne OLAF (RO 2002 2549, RO 2005 2353, RO 2008 3165). Eu égard à la délégation expresse du législateur fédéral au Conseil fédéral de fixer les critères d'appréciation, les cantons ne peuvent pas ignorer ces critères (art. 5 al. 1 OLAF). Il fait de plus sens que la procédure de recours intervienne auprès du Tribunal administratif fédéral qui revoit l'application du droit fédéral (art. 49 let. a PA) et non le droit cantonal.

Sous l'ancien art. 55a LAMal et l'ancienne OLAF, le Tribunal administratif fédéral avait déjà conclu que certains critères, en particulier le temps de travail des médecins, devait être pris en compte dans le cadre des demandes d'admission à pratiquer à charge de la LAMal. Partant, le Conseil fédéral a codifié la jurisprudence. En effet, avant même l'introduction des critères à l'art. 5 OLAF, le Tribunal administratif fédéral avait déjà examiné, dans un arrêt de 2010, si le refus d'une autorisation de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire en faveur d'un spécialiste en néphrologie était fondé, en tenant compte de la couverture des besoins de la population dans la région concernée, à la lumière notamment de la densité et du temps de travail exercé par le médecin spécialiste déjà établi dans ladite région. En outre, le Tribunal a retenu que l'état de fait était établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, dès lors que la couverture des besoins avait été examinée par le biais des statistiques officielles du canton du Vaud et des preuves figurant au dossier – constituées essentiellement de constatations de fait notoire, de données statistiques ainsi que des déclarations concordantes et univoques notamment de l'association professionnelle représentative des médecins, du médecin spécialiste déjà établi dans la région concernée et de l'hôpital où il exerçait (arrêt du TAF C-1994/2010 du 4 octobre 2010). Dans un arrêt plus récent, rendu après l'entrée en vigueur de l'art. 5 OLAF fixant les critères d'appréciation, le Tribunal administratif fédéral avait jugé que le canton ne pouvait pas décider de ne pas tenir compte dans sa décision du taux d'activité des médecins dans le domaine de spécialité concerné alors que l'art. 5 al. 1 let. d OLAF énonçait expressément que les cantons tenaient compte notamment de ce taux d'activité (arrêt du TAF C-1837/2014 du 26 novembre 2014 p. 13).

7.3.2.2 Même si les cantons doivent respecter les critères mis en place par le Conseil fédéral, ils sont libres de fixer d'autres critères d'appréciation

pour évaluer le besoin (arrêt du TAF C-6866/2016 du 18 mai 2018 consid. 9.2.2).

Conformément à l'actuel art. 55a al. 3 LAMal, le Conseil fédéral a finalement fixé, respectivement codifié, les critères d'appréciation à l'art. 5 al. 1 OLAF (entré en vigueur le 5 juillet 2013). Ce faisant, le Conseil fédéral a préalablement consulté les cantons, les fédérations de fournisseurs de prestations, les fédérations des assureurs et les associations de patients (Rapport sur les résultats de l'audition relative au projet d'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire [AOS], publié en janvier 2014, consulté le 14 avril 2018 sous www.admin.ch > Droit fédéral > Procédures de consultation > procédures de consultation et d'audition terminées > 2013 > OLAF). Suite à cette consultation, le terme « notamment » a été ajouté à l'art. 5 al. 1 OLAF, de sorte que la liste de critères énumérés à cette disposition est devenue une liste non exhaustive. Les cantons peuvent valablement se fonder sur d'autres critères, mais ceux-ci doivent être liés à la notion de besoin (cf. « Projet OLAF » et « Rapport sur la teneur des dispositions de l'OLAF et commentaire de l'Office fédéral de la santé publique », p. 4-5 : consultés le 14 avril 2018 sous www.admin.ch > Droit fédéral > Procédures de consultation > procédures de consultation et d'audition terminées > 2013 > OLAF). Sont ainsi à exclure les critères complexes qui pourraient s'avérer pertinents pour la planification des besoins à long terme (exemples : enquêtes sur les flux de patients entre les différentes régions ou sur des constatations relatives à la structure démographique d'une région de desserte donnée, enquêtes portant sur les taux de morbidité de la population concernée ; « Rapport sur la teneur des dispositions de l'OLAF et commentaire de l'Office fédéral de la santé publique », p. 5).

7.3.3 L'autonomie des cantons décrite ci-dessous s'inscrit dans la *ratio legis* de la loi. En effet, l'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire dépend de l'établissement de la preuve d'un besoin (art. 55a al. 1 LAMal). Il s'agit pour les cantons d'évaluer si un besoin existe par catégorie de fournisseurs de prestations. Le Conseil fédéral a fixé des critères cumulatifs non-exhaustifs à l'art. 5 OLAF pour évaluer le besoin et aux annexes I et II de l'OLAF des nombres absolus et des densités comme valeur de référence pour définir quand le besoin était en principe couvert. Les cantons ont plusieurs outils pour évaluer les besoins et ce besoin constitue le point cardinal concernant l'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire (arrêt du TAF C-6866/2016 du 18 mai 2018 consid. 9.3.3).

8.

8.1 Se fondant sur l'art. 55a LAMal et sur l'OLAF, le Conseil d'Etat du canton du Valais a adopté l'ordonnance d'application sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire (RS/VS 832.001 ; ci-après : l'ordonnance cantonale). L'art. 2 al. 1 de l'ordonnance cantonale prévoit que les fournisseurs de prestations au sens de l'art. 36 LAMal ainsi que les médecins exerçant au sein d'institutions de soins ambulatoires au sens de l'art. 36a LAMal sont en principe soumis à la limitation de l'admission à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire. L'art. 4 de l'ordonnance cantonale prévoit comme exception à la règle, d'une part, l'admission ordinaire selon laquelle le médecin qui remplace un autre médecin cessant son activité à titre indépendant ou à son propre compte, respectivement le médecin qui est engagé par un hôpital figurant sur la liste des hôpitaux du canton au sens de l'art. 39 LAMal (avec un statut lui permettant une activité privée en cabinet), peut être autorisé malgré la limitation. D'autre part, le régime d'admission exceptionnelle au sens de l'art. 5 de l'ordonnance cantonale prévoit que le département compétent peut exceptionnellement déroger au nombre limite de médecins fixé par l'OLAF pour autant que la couverture en soins dans une région est insuffisante, ou que des soins particuliers ne sont pas disponibles en l'absence de spécialistes dans une région (conditions alternatives). Dite autorisation exceptionnelle peut toutefois être assortie de conditions et d'obligations (limitation à une région ou à une spécialité, participation au service médical de garde et à la régulation médicale).

8.2 Quant à la procédure, l'art. 6 al. 1 de l'ordonnance cantonale prévoit que le médecin qui entend se prévaloir d'une admission au sens des art. 4 ou 5 s'adresse au département compétent par l'intermédiaire du SSP, qui s'assure que les conditions sont remplies. Le médecin informe le département de tous les titres postgrades qui lui ont été octroyés par l'autorité compétente suisse ou étrangère (art. 3 al. 2 de l'ordonnance cantonale). Selon l'art. 6 al. 2, avant de se prononcer, le département peut requérir le préavis de la SMVS, de SantéSuisse et des organisations de patients actives dans la région où le médecin entend s'installer.

9.

9.1 A titre liminaire, le recourant, n'ayant pas exercé pendant au moins 3 ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade – ce qu'il ne conteste pas –, est sur le principe soumis à la limitation de

l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (art. 55a al. 2 LAMal, art. 2 al. 1 de l'ordonnance cantonale). Par ailleurs, l'intéressé ne fait pas valoir qu'il entend remplacer un médecin admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire (art. 4 de l'ordonnance cantonale).

9.2 Il s'agit d'examiner si les maxima fixés dans les annexes de l'OLAF pour le canton du Valais et le domaine de spécialité concerné sont atteints (art. 1 al. 1 et 3 let. b OLAF), respectivement de savoir si, dans chaque domaine de spécialité, la couverture sanitaire est suffisante (art. 4 OLAF et 5 de l'ordonnance cantonale).

10.

10.1 L'annexe I de l'OLAF fixe que le nombre maximum de médecins praticiens est de 67 pour le canton du Valais, et son annexe II que la densité pour 100'000 habitants est de 31,9 pour la région lémanique et de 21,1 pour le canton du Valais. Dans ce contexte, le canton du Valais a retenu que le maxima de médecins praticiens fixé dans l'annexe I, à savoir 67, était atteint, dans la mesure où 93 médecins praticiens exerçaient actuellement dans le canton (voir *supra*, let. C.h).

Le Tribunal de céans constate que l'autorité inférieure a par ailleurs fondé sa décision sur la densité médicale dans une région particulière du canton du Valais pour justifier une surreprésentation des médecins praticiens. Dans le cadre d'une planification étatique des besoins, le Tribunal fédéral a déjà retenu que les autorités cantonales bénéficient d'une certaine marge de manœuvre pour s'écarter des seuils fixés par les annexes I et II de l'OLAF (voir *supra*, consid. 7.3.1). Ainsi, les maxima fixés par les annexes de l'OLAF peuvent être adaptés par le canton du Valais par rapport à ses régions en faisant usage de sa latitude d'appréciation des circonstances locales. Le canton du Valais peut ainsi à juste titre évaluer la densité médicale dans les différentes régions de son canton.

10.2 Le canton du Valais fonde sa décision sur la densité de médecins sur son territoire et sur le Bas-Valais urbain ; la décision se base ainsi sur le nombre de fournisseurs de prestations admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins dans le canton, respectivement cette région sur 1'000 habitants. En d'autres termes, il s'agit d'un calcul de la densité effectué par tête. Une telle manière de faire est conforme au sens et à l'esprit de la loi. En effet, l'art. 55a LAMal est une mesure limitée dans le temps permettant aux cantons d'intervenir rapidement pour freiner

l'augmentation importante du nombre de fournisseurs de prestations et éviter une croissance démesurée des coûts de la santé. Les cantons doivent pouvoir se fonder sur des données disponibles et généralement accessibles. Il est opportun que le canton se réfère à des données statistiques existantes sur le nombre de fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (densité médicale ; « Rapport sur la teneur des dispositions de l'OLAF et commentaire de l'Office fédéral de la santé publique », p. 5). Partant, il est admissible que la densité prenne en considération le nombre par tête de fournisseurs de prestations admis à pratiquer à charge de la LAMal. Ce calcul de la densité correspond au critère d'appréciation fixé à l'art. 5 al. 1 let. a OLAF (arrêt du TAF C-6866/2016 du 18 mai 2018 consid. 13.2).

10.3 En ce qui concerne l'utilisation faite par l'autorité inférieure de ces statistiques, le Tribunal constate que celle-ci a considéré à tort que le recourant voulait exercer dans le Bas-Valais urbain ; l'autorité de première instance a elle-même reconnu cette erreur dans le cadre de la procédure de recours (voir *supra*, let. D.c). Ainsi, la décision repose sur un établissement des faits erroné, dans la mesure où elle renvoie aux chiffres statistiques appartenant à une région qui n'est pas celle devant être prise en compte dans l'évaluation de la densité médicale de la région où le recourant souhaite installer son activité. L'autorité inférieure soutient toutefois, dans ses prises de position du 6 décembre 2017 et du 14 mars 2018 (voir *supra*, let. D.c, D.f), que cette erreur est sans importance, dans la mesure où l'évaluation de la couverture sanitaire pourrait simplement se faire en prenant en compte le nombre de médecins établis dans la région et sur la base du ressenti de la population locale et de l'avis du médecin de district. Ce point de vue ne saurait être suivi ; il est en effet invalidé, d'une part, de par le fait que les critères d'appréciation plus précis qui sont fixés à l'art. 5 al. 1 OLAF commandent notamment de tenir compte du taux d'activité des personnes dans le domaine de spécialité concerné ainsi que de leurs compétences particulières. Le législateur fédéral ayant en effet expressément conféré la tâche au Conseil fédéral de fixer les critères d'appréciation permettant d'établir la preuve du besoin, ce qu'il a fait à l'art. 5 OLAF, les cantons ne sauraient passer outre les critères établis (voir *supra*, consid. 7.3.2.1). L'appréciation faite par l'autorité inférieure de la couverture médicale dans la région concernée ne saurait dès lors reposer uniquement, comme elle l'affirme, sur la base d'un sentiment général ou de l'avis du médecin de district (ce d'autant plus que le médecin de district n'est pas l'une des entités auxquelles la loi cantonale prévoit la possibilité de demander un préavis avant qu'une décision soit rendue [voir *supra*, consid. 8.2]). D'autre part, il faut relever que la ligne de conduite de

l'autorité inférieure, qui a dans un premier temps majoritairement motivé la décision attaquée sur la base de données statistiques, avant de minimiser l'importance de ces mêmes chiffres statistiques et d'amener de nouveaux motifs pour tenter de justifier sa décision une fois son erreur remarquée, est critiquable, tant du point de vue de l'obligation de motiver une décision à satisfaction de droit (art. 35 PA), que de celui du principe général de la bonne foi (art. 5 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]).

10.4 En ce qui concerne plus précisément le contenu de l'étude OVS sur laquelle repose l'évaluation de la densité médicale dans le canton du Valais (TAF pce 1 [annexe 4]), le Tribunal constate comme suit :

Dite étude est structurée en deux principaux chapitres : le premier porte sur l'activité des médecins avec une autorisation de pratique en Valais (p. 8 – 12), le second sur celle des médecins avec activité de premier recours (p. 13 - 19) ; l'étude assimile à cette catégorie de médecins de premier recours tant les médecins praticiens que ceux avec un titre FMH de médecine interne générale ou de pédiatrie, mais encore les médecins avec un titre FMH dans une spécialité apparentée (p. 13), soit par exemple, en plus des disciplines susmentionnées, la rhumatologie, la cardiologie ou l'angiologie, l'endocrinologie-diabétologie, la pneumologie, la gastroentérologie, la gynécologie et l'obstétrique, l'allergologie et l'immunologie clinique, la médecine physique et, enfin, la réadaptation (p. 4, 15).

En ce qui a spécifiquement trait à la question des médecins praticiens, tel le recourant, l'étude OSV, dans sa première partie (« Résultats pour l'ensemble des médecins », en pratique ambulatoire et hospitalière [p. 9]), retient que ceux-ci constituent 8% de 93% médecins en pratique ambulatoire et hospitalière pratiquant dans le canton du Valais (les 7% restants de l'ensemble des médecins autorisés à pratiquer dans le canton n'ont pas été pris en compte dans l'étude, car étant basé hors du canton ou n'ayant pas répondu à l'enquête [p. 7, 9]) ; en outre, il est relevé dans une annexe que sur 931 des spécialités FMH recensées, 65 sont des spécialités FMH de médecin praticien (p. 23). La deuxième partie de l'étude OSV se focalise sur les médecins de premier recours (p.13). L'étude relève que les médecins praticiens composent 19.6% du total des médecins de premier recours dans le canton ; en outre, les praticiens en médecine interne générale et les médecins praticiens sont 69 en tout à exercer dans le Bas-Valais (p. 15). L'étude se porte ensuite sur le degré d'activité des médecins de premier recours, et retient 89 médecins dans le Bas-Valais

(p. 16) ; elle relève par ailleurs que les médecins avec un FMH de premier recours (à savoir non seulement les médecins praticiens, mais encore les pédiatres ainsi que les praticiens en médecine interne générale) présentent, dans le Bas-Valais (où ils sont 79 médecins), un degré moyen d'activité de 8.2 demi-journées par semaine dans leur activité totale (de premier recours ou autre, et de 7.7 demi-journées dans l'activité de premier recours [p. 17]). L'étude retient finalement un nombre EPT de 73 médecins de premier recours dans le Bas-Valais (49 en milieu urbain et 24 en milieu rural), et de 0.6 EPT pour 1'000 habitants (soit 1.0 pour le Bas-Valais urbain et 0.4 pour le Bas-Valais rural [p. 19]).

10.5 C'est sur la base de cette étude OVS que l'autorité inférieure a retenu que la couverture en soins était, dans le Bas-Valais et « pour la spécialité considérée », suffisante. Pourtant, il sied de relever que dite étude ne se rapporte, dans sa majeure partie, qu'à la notion de médecin de premier recours, catégorie qui comporte, en plus des médecins praticiens, les médecins internes et les pédiatres, ainsi que des médecins dans d'autres domaines spécialisés qui consacrent une part de leur temps de travail à cette fonction (voir *supra*, consid. 10.3). Pourtant, il sied de rappeler que le droit fédéral impose aux cantons de procéder à une évaluation de la couverture sanitaire par domaine de spécialité (art. 4 OLAF). Or le Tribunal relève que lesdits domaines de spécialité sont ceux figurant dans l'annexe 1 de l'OLAF (art. 1 al. 1 OLAF *in fine*), et que cette annexe ne fait pas mention de la catégorie de médecins de premier recours ; elle distingue au contraire les domaines de spécialité de médecin praticien (nombre maximum fixé à 67 médecins en Valais), de médecine interne générale (nombre maximum fixé à 237 en Valais) et de pédiatre (nombre maximum fixé à 33 en Valais).

Dès lors, l'étude OVS sur laquelle repose l'appréciation de l'autorité inférieure ne satisfait pas aux critères d'évaluation fixés à l'art. 5 al. 1 OLAF, notamment en ce qu'elle ne tient pas compte du taux d'activité dans le domaine de spécialité concerné (let. d), à savoir celui de médecin praticien (et non celui de médecin de premier recours).

10.6 Ainsi, le Tribunal de céans constate à ce stade que l'instruction des faits est lacunaire en ce qui a trait à la couverture sanitaire dans la région du Bas-Valais rural dans le domaine de spécialité concerné. La *ratio legis* en matière de limitation à pratiquer à charge de la LAMal est en effet de tendre à un approvisionnement adéquat en fournisseurs de prestations de manière à éviter une augmentation importante des médecins et par conséquent une croissance démesurée des coûts de la santé : il est ainsi

essentiel de pouvoir évaluer la couverture des soins dans le domaine de spécialité concerné (art. 4 OLAF), en tenant au minimum compte des critères d'appréciation posés par le Conseil fédéral (art. 5 OLAF).

Dès lors, le Tribunal constate que le canton du Valais a procédé non seulement à un établissement erroné des faits (voir *supra*, consid. 10.3), mais encore à une instruction incomplète de ceux-ci en matière d'évaluation de la couverture sanitaire du canton du Valais et du Bas-Valais rural, en lien avec le domaine de spécialité du recourant.

11.

Au vu de ce qui précède, la décision du 10 août 2017 est annulée. Eu égard au dossier lacunaire et à la large marge d'appréciation de l'autorité inférieure, il n'appartient pas au Tribunal de céans de statuer sur le présent litige. Partant, la cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision portant sur l'octroi en faveur du recourant d'une autorisation à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire. Avant de rendre sa décision, l'autorité compétente complétera son instruction liée à l'évaluation de la couverture sanitaire en matière de médecins praticiens dans le canton du Valais et dans le Bas-Valais rural, par rapport notamment au taux d'activité des personnes dans le domaine de spécialité concerné. En d'autres termes, le canton du Valais devra déterminer si, malgré une densité cantonale excessive par tête, l'approvisionnement des soins en matière de médecins praticiens (soit le domaine de spécialité du recourant) est adéquat dans la région concernée, en tenant en particulier compte des critères énoncés à l'art. 5 al. 1 let. a – d OLAF.

12.

12.1 En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 première phrase PA). Aucun frais de procédure n'est toutefois mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2 1^{ère} phrase PA). D'après la jurisprudence, 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).

12.2 En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure (C-1837/2014 du 26 novembre 2014) et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance

de frais présumée versée par le recourant à hauteur de CHF 2'000.- (voir *supra*, let. D.b) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

13.

13.1 Selon l'art. 14 FITAF les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2 deuxième phrase). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

13.2 En l'espèce, à défaut de décompte, il se justifie d'allouer au recourant une indemnité à titre de dépens fixée à CHF 2'800.- à charge de l'autorité inférieure. Dite indemnité tient compte que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour complément d'instruction.

14.

Les décisions en matière d'assurance-maladie rendues par le Tribunal administratif fédéral en application de l'art. 33 let. i LTAF et des art. 53 al. 1 et 90a LAMal ne pouvant pas être attaquées devant le Tribunal fédéral, le présent arrêt est définitif, conformément à l'art. 83 let. r de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110 avec rectificatif de la disposition précitée). La présente décision est donc finale et entre en force dès sa notification (arrêt du TAF C-3997/2014 du 16 décembre 2016 consid. 11 et les références citées).

(dispositif : page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 10 août 2017 annulée.

2.

Le dossier est renvoyé à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision, après avoir complété l'instruction du dossier sur l'évaluation de la couverture sanitaire en médecins praticiens dans le Bas-Valais rural et le canton du Valais, en tenant au minimum compte des quatre critères d'appréciation posés par le Conseil fédéral.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais de procédure de CHF 2'000.- versée par le recourant lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Une indemnité de dépens de CHF 2'800.- est allouée au recourant et mise à la charge de l'autorité inférieure.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire) ;
- à l'autorité inférieure (recommandé) ;
- à l'Office fédéral de la santé publique (recommandé).

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Brian Mayenfisch