



Cour III
C-3385/2018

Arrêt du 29 mai 2019

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Vito Valenti, Viktoria Helfenstein, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

Parties

Dre A. _____,
représentée par Me Philippe Ducor,
Ducor Law Health & Technology,
Rue de Berne 10, 1201 Genève,
recourante,

contre

Conseil d'Etat,
Département de la santé et de l'action sociale,
Avenue des Casernes 2, BAP,
1014 Lausanne Adm cant VD,
autorité inférieure,

Objet

Assurance-maladie, demande d'autorisation à pratiquer à
charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins
(décision du 8 mai 2018).

Faits :**A.**

A.a A. _____, ressortissante de nationalité franco-suisse, a obtenu son diplôme d'Etat de Docteur en Médecine le [...] 1996 en France, avec, pour formation spécifique, une qualification en médecine générale (TAF pce 7 [annexe 1]).

A.b Le [...] 2005, le Comité directeur des examens fédéraux pour les professions médicales et le Comité de la formation postgrade pour les professions médicales ont reconnu, sur la base notamment 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 sur la base de la loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse (abrogée avec effet au 1^{er} septembre 2007), le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine obtenu par l'intéressée, respectivement sa formation spécifique en médecine générale. Les attestations de reconnaissance du [...] 2005 mentionnent en particulier que le diplôme, respectivement la formation spécifique en médecine générale, déploient en Suisse les mêmes effets qu'un diplôme fédéral, respectivement qu'un titre postgrade fédéral de médecin praticien. Ainsi, le titulaire d'un titre postgrade fédéral de médecin praticien a le droit d'exercer sa profession de médecin à titre indépendant sur tout le territoire suisse, l'attestation relative à la reconnaissance de ce titre ne constituant pas, toutefois, une autorisation à pratiquer que seuls les cantons peuvent délivrer (TAF pce 7 [annexe 1]).

A.c Sur la base des documents précités, le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud (ci-après : le DSAS ou l'autorité inférieure) a autorisé l'intéressée à pratiquer sa profession dans le canton (TAF pce 7 [annexe 1]).

B.

Le 5 septembre 2017, l'intéressée a déposé une requête tendant à l'octroi de l'autorisation de pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire dans le canton de Vaud, demande qu'elle a complétée le 19 septembre 2017 (TAF pce 7 [annexe 1]).

B.a Dans un courrier du 30 octobre 2017 adressé au Médecin cantonal, le Dr B. _____, médecin praticien exerçant à Lausanne, a informé celui-là qu'il entendait transmettre sa patientèle à l'intéressée en vue de son départ

à la retraite et qu'il fallait donc qu'elle puisse reprendre son droit de pratique à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (TAF pce 7 [annexe 2]).

B.b Dans un document du 21 mars 2018 (TAF pce 7 [annexe 3]), le Dr C._____, Médecin cantonal, a indiqué qu'il souhaitait un examen attentif et approfondi du dossier de l'intéressée et notamment de sa formation, qui ne lui permettait pas, selon le Dr C._____, de pouvoir reprendre un cabinet de médecine générale à Lausanne. Figure par ailleurs dans ce document une analyse de la densité de médecins praticiens montrant dans le district de Lausanne une densité dépassant les chiffres fixés dans l'ordonnance du 3 juillet 2013 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF, RS 832.103 ; TAF pce 7 [annexe 3]).

B.c Par courrier électronique du 5 avril 2018 adressé au Médecin cantonal, la Société Vaudoise de Médecine (SVM) a émis un avis défavorable concernant la demande de dérogation à la clause du besoin déposée par l'intéressée, relevant que celle-ci avait travaillé durant 20 années dans « l'industrie et la médecine esthétique », ce qui ne conférait pas l'expérience suffisante pour ouvrir ou reprendre un cabinet en médecine générale à titre indépendant (TAF pce 7 [annexe 4]).

B.d Dans un courrier du 3 mai 2018 au Dr C._____, l'intéressée a estimé qu'elle n'était pas concernée par la limitation d'admission à pratiquer à charge de l'assurance-obligatoire, étant donné qu'elle projetait de reprendre le cabinet du Dr B._____, et a requis la validation de sa requête (TAF pce 7 [annexe 5]).

B.e Par décision du 8 mai 2018, notifiée le 24 mai 2018, l'autorité inférieure a rejeté la demande de l'intéressée tendant à pouvoir pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire (TAF pce 1 [annexe 11], TAF pce 7 [annexe 6]).

Se référant aux dispositions fédérales en vigueur, ainsi qu'à l'ancienne réglementation cantonale en matière de limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, le DSAS a tout d'abord constaté que l'intéressée était soumise à la clause du besoin. Puis, il a relevé que l'association professionnelle représentative des médecins, avec laquelle l'autorité inférieure doit collaborer pour examiner les demandes d'admission, avait rendu un préavis défavorable quant à l'expérience professionnelle de la

Dre A. _____, qui ne serait pas suffisante pour ouvrir ou reprendre un cabinet de médecine générale à titre indépendant. Enfin, l'autorité inférieure a indiqué que la densité de médecins praticiens pour 100'000 habitants dans le canton de Vaud et pour le district de Lausanne, basée sur les droits de pratique délivrés au moment de la demande de l'intéressée, était nettement supérieure à celle de la Suisse.

C.

C.a Par acte interjeté le 8 juin 2018, la Dre A. _____, représentée par Me Philippe Ducor, a interjeté recours contre la décision susmentionnée auprès du Tribunal administratif fédéral, concluant à l'annulation de celle-ci ainsi qu'au renvoi de la cause à l'autorité inférieure avec instruction d'octroyer à la Dre A. _____ une autorisation de pratiquer à charge de l'assurance-obligatoire de soins, sous suite de frais et dépens (TAF pce 1).

La recourante a tout d'abord relevé qu'elle avait non seulement pratiqué dans le domaine de la médecine esthétique dans le canton de Vaud de 2007 à 2015, mais aussi en qualité de médecin généraliste à Z., en France. Elle a ensuite fait valoir, comme premier grief, une appréciation inexacte des faits, en ce que l'autorité paraissait avoir ignoré le fait que l'intéressée comptait reprendre l'activité du Dr B. _____. Comme second grief, l'intéressée a conclu à une violation du droit fédéral, en ce que la décision violait selon elle les principes de l'interdiction de l'arbitraire (l'autorité n'ayant pas appliqué, à tort, la disposition cantonale permettant la reprise d'une activité, laquelle excluait par ailleurs l'application d'une directive dont l'autorité avait pourtant tenu compte), de l'égalité de traitement (dans la mesure où d'autres médecins avaient quant à eux été autorisés à reprendre l'activité d'un médecin cessant sa pratique) et de la liberté économique (dans la mesure où la reprise d'une activité autorisée par la législation cantonale n'entraînait pas selon elle dans le champ d'application de la clause du besoin limitant le nombre d'autorisations à pratiquer à charge de l'assurance-obligatoire de soins). La recourante a enfin estimé, à titre subsidiaire, que la décision était inopportune, dans la mesure où un médecin cessant son activité devait pouvoir remettre son activité de façon harmonieuse, notamment en remettant sa patientèle à un confrère qu'il connaissait.

C.b Dans sa réponse du 24 juillet 2018 (TAF pce 7), l'autorité inférieure, soit pour elle le Médecin cantonal, n'a pas contesté que les conditions pour reprendre l'activité d'un médecin cessant son activité étaient remplies, mais a relevé qu'il demeurerait possible pour elle de procéder malgré cela à

un examen du cas concret. En ce sens, avant de rendre une décision, l'autorité avait demandé un préavis du Service de la santé publique (SSP) en collaboration avec la SVM, sur la base des critères mentionnés à l'art. 5 OLAF. L'autorité a encore relevé que la recourante n'avait pas démontré qu'elle possédait les compétences nécessaires au bon exercice de la profession de médecin praticien, en particulier dans le cadre d'une reprise de l'activité du Dr B._____.

C.c Dans sa prise de position du 30 juillet 2018 (TAF pce 9), la recourante a souligné que son diplôme de médecin avait été reconnu par l'autorité compétente en la matière et que le DSAS n'était pas légitimé à remettre en cause cette reconnaissance. En outre, l'appréciation des faits opérée par l'autorité était inexacte, dans la mesure où l'intéressée avait pratiqué la médecine générale en plus de la médecine esthétique durant ses années de pratique à Z., dès 1996. Dans ce contexte, la recourante a encore fourni un extrait du planning des gardes médicales pour la région française concernée, et dans laquelle son nom figurait pour la garde du 19 juillet 2018.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions légales – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 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 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 de céans est recevable contre les décisions rendues par des autorités cantonales, dans la mesure où d'autres lois fédérales prévoient un recours au Tribunal administratif fédéral, tels les art. 53 al. 1 et 90a al. 2 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10), 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 Tribunal administratif fédéral est aussi compétent lorsque la décision a été rendue par une direction ou un département cantonal (ATF 134 V 45, rendu sous l'égide de 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 de céans est compétent pour connaître du recours contre la décision contestée, étant relevé 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 (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'intéressée a qualité pour recourir contre la décision du 8 mai 2018, au sens de l'art. 48 al. 1 PA, ayant pris part à la procédure devant l'autorité inférieure, étant spécialement atteinte par la décision attaquée, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification. Par ailleurs, elle est dûment représentée (TAF pce 1 [annexe 0]).

1.5 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 50 et 52 PA), et l'avance de frais de procédure ayant été acquittée dans le délai imparti (TAF pces 3 ss ; art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable et le Tribunal de céans entre en matière sur son fond.

2.

L'objet du litige porte sur la question de savoir si l'autorité inférieure pouvait refuser à la recourante l'autorisation de pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire en tant que médecin praticien, singulièrement, si elle pouvait refuser cette autorisation pour le motif que le calcul de la densité médicale est défavorable à la recourante et en raison du fait que celle-ci n'aurait pas l'expérience suffisante pour ouvrir ou reprendre un cabinet de médecine générale à titre indépendant dans le canton de Vaud, sans pour autant contester que l'exception particulière de l'art. 4 al. 1 let. a aAVOLAF

relatif à la reprise d'activité puisse être invoquée en l'espèce (voir réponse au recours, du 24 juillet 2018 [TAF pce 7]).

A l'appui de son recours, la recourante invoque en effet une violation du droit fédéral. Elle fait valoir que l'autorité inférieure a refusé de lui octroyer une autorisation de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, malgré la disposition cantonale relative à la reprise d'activité d'un autre médecin, sur la base de laquelle l'autorité cantonale aurait dû, au vu des faits, accepter la demande d'autorisation. Cette mauvaise application du droit cantonal violerait notamment les principes de l'arbitraire, de la liberté économique et enfin de l'égalité de traitement au sens entendu par le droit fédéral.

3.

3.1 Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut précisément 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).

3.1.1 Le Tribunal de céans dispose ainsi 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^e éd. 2015, p. 566 ss ; KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3^e éd. 2013, n° 1050 ss, p. 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).

3.1.2 Pour ce motif, le grief d'inopportunité formé par la recourante doit être rejeté, en ce qu'il ne porte que sur une (prétendument mauvaise) appréciation faite par l'autorité inférieure s'agissant des circonstances locales (TAF pce 1), et non sur un éventuel excès ou abus de son pouvoir d'appréciation.

3.2 Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, op. cit., p. 243).

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 et 7). En l'espèce, le droit matériel applicable serait donc celui en vigueur au 8 mai 2018, étant toutefois précisé que la recourante a déposé sa demande au mois de septembre 2017.

4.

4.1 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 ; ATF 140 V 574 consid. 5.2.2 ; 130 I 26 consid. 6.2, traduit in : JdT 2005 I 143).

4.2 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 traduit in : JdT 2005 I 143 ; voir débats sur la révision de la LAMal [98.058 « Subsidés fédéraux et révision partielle »], BO 1999 N 738, 741, 755 ss [Cavalli, Gross, Raggenbass]).

4.3 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), puis jusqu'au 30 juin 2021 (RO 2019 1211). Cette nouvelle entrée en vigueur s'est justifiée par l'absence de moyens de pilotage, pour les cantons, 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 012 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 (N° RCC) 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 et 8714).

4.4 Aux termes de l'art. 55a al. 1 LAMal, dans sa teneur en vigueur tant au moment de la décision litigieuse en mai 2018 qu'au dépôt de sa demande par la recourante au mois de septembre 2017, 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 ainsi octroyé au Conseil fédéral une importante marge de manœuvre (ATF 130 I 26 consid. 6.3 traduit in : JdT 2005 I 143).

5.

5.1 Faisant usage de cette compétence, le Conseil fédéral a édicté l'OLAF, 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 au texte de l'ordonnance. Il sied de préciser qu'une ordonnance similaire – dont le contenu différait toutefois – était en vigueur du 4 juillet 2002 (RO 2002 2549) jusqu'au 31 décembre 2011, sa validité ayant été régulièrement prolongée (RO 2005 2353, RO 2008 3165) jusqu'à s'éteindre en même temps que le précédent art. 55a LAMal (RO 2009 5339).

5.2 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 1 OLAF pour le canton et le domaine de spécialité concernés 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). Toutefois, s'ils font usage de cette compétence, ils augmentent de manière adéquate les nombres maximaux de fournisseurs de prestations fixés dans l'annexe 1 (art. 2 al. 2 OLAF). L'OLAF fixe dans ses annexes 1 et 2 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.

5.3 L'OLAF a prévu des possibilités d'aménagement, par les cantons, du régime décrit ci-dessus. Les cantons peuvent ainsi prévoir que le nombre maximum fixé par l'annexe 1 ne s'applique pas à un ou plusieurs domaines de spécialité qui y sont visés (art. 3 let. a OLAF), ou 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 (art. 3 let. b OLAF). En outre, 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 ; 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 cependant fixé, à l'art. 5 al. 1 OLAF, des critères dont les cantons tiennent notamment compte lorsqu'ils font usage des compétences qui leur sont attribuées par les art. 3 let. b et 4 OLAF, à savoir : 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), l'accès des assurés au traitement en temps utile (let. b), les compétences particulières des personnes dans le domaine de spécialité concerné (let. c) et le taux d'activité des personnes dans le domaine de spécialité concerné (let. d).

6.

6.1 Au niveau cantonal, le canton de Vaud a adopté un arrêté ayant pour but de fixer les modalités d'application des dispositions fédérales relatives à la limitation de l'admission des médecins à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire, soit l'Arrêté sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (AVOLAF, RSV 832.05.1 ; art. 1 aAVOLAF et AVOLAF). Cet arrêté, adopté par le Conseil d'Etat du canton de Vaud et entré en vigueur rétroactivement au 5 juillet 2013 pour les médecins soumis à la clause du besoin par le droit fédéral et au 1^{er} septembre 2013 pour les médecins exerçant dans le domaine ambulatoire des hôpitaux (art. 12 aAVOLAF adopté le 21 août 2013), a été remplacé une première fois par un arrêté du 29 juin 2016, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2016, qui n'apportait toutefois pas de modifications significatives (art. 12 AVOLAF adopté le 29 juin 2013). Cependant, le 1^{er} avril 2018, est entré en vigueur un nouvel AVOLAF (art. 12 AVOLAF adopté le 28 mars 2018), dont la teneur est cette fois en partie modifiée.

6.2 Ainsi, aux termes de l'art. 2 al. 1 aAVOLAF, comme aux termes de l'art. 2 al. 1 de l'AVOLAF en vigueur au moment de la décision litigieuse, le canton de Vaud soumet à la limitation de l'admission à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire les médecins visés à l'art. 36 LAMal, ainsi que les médecins exerçant au sein d'institutions de soins

ambulatoires au sens de l'art. 36a LAMal et dans le domaine ambulatoire des hôpitaux au sens de l'art. 39 LAMal. La législation cantonale prévoit deux types d'exceptions à la limitation de l'admission à pratiquer à charge de la LAMal, à savoir une « exception générale » (art. 3 aAVOLAF et AVOLAF) et une « exception particulière » (art. 4 aAVOLAF et AVOLAF). L'art. 4 al. 1 aAVOLAF disposait ainsi que les médecins pouvaient se prévaloir d'une exception lorsque le médecin concerné reprenait l'activité d'un médecin admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire, soit à titre individuel, soit dans une institution de soins ambulatoires ou dans un hôpital (let. a), ou lorsque le médecin palliait à une insuffisance de la couverture des besoins de la population dans une région et/ou dans une spécialité donnée (let. b). Toutefois, selon l'actuel art. 4 AVOLAF, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2018, les médecins ne peuvent se prévaloir d'une exception que lorsqu'ils pallient une insuffisance de la couverture des besoins de la population pour une spécialité donnée dans une région ou pour des motifs particuliers de recherches et de formations. Enfin, l'art. 6 al. 1 aAVOLAF et AVOLAF prévoit qu'avant de se prononcer, le département demande le préavis du service qui examine les demandes d'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire en vertu des critères mentionnés à l'art. 5 OLAF.

Force est dès lors de constater que la législation cantonale s'est modifiée entre le moment du dépôt de la demande de la recourante et celui du prononcé de la décision attaquée, en particulier en ce qui concerne l'exception particulière à la clause du besoin relative à la reprise d'activité, invoquée par la recourante à l'appui de sa demande d'admission.

6.3 Il faut encore préciser que la décision attaquée fait référence à la Directive d'application de l'arrêté sur la limitation des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire du 22 décembre 2016, adoptée par le canton de Vaud et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 (TAF pce 1 [annexe 13] ; nouvelle directive adoptée le 21 décembre 2018 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019 : https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Professionnels/Autorisations_de_pratiquer/2018.12.21_Directive_d_application_AVOLAF_2018.pdf). Cette Directive a pour but d'explicitier les critères sur lesquels se fondent les décisions d'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

7.

7.1 En principe, la loi transitoire détermine le droit applicable (HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7^e éd. 2016, p. 68 ch. 290). En l'occurrence toutefois, les dispositions topiques cantonales ne règlent pas la question.

7.2 Faute d'une réglementation transitoire spécifique, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral et comme vu ci-dessus (voir *supra* consid. 3.3), le droit déterminant est en règle générale celui en vigueur au moment où la décision sur une demande d'autorisation est prise par l'administration, indépendamment de la date du dépôt de la demande. La nouvelle législation est donc applicable à toutes les affaires pendantes. Cette jurisprudence est motivée par l'intérêt public poursuivi par le nouveau droit, lequel est mieux assuré par une application générale immédiate. En outre, la demande d'autorisation vise à régler un comportement futur, de sorte qu'il est justifié d'appliquer le droit en vigueur au moment où la légalité de ce comportement se pose (ATF 139 II 263 consid. 6 et les réf. cit. ; 126 II 522 consid. 3b aa ; 112 Ib 26 consid. 2b ; 107 Ib 137 consid. 2a ; MOOR/FLÜCKIGER/MARTENET, Droit administratif, vol. I, Les Fondements, 3^e éd. 2012, p. 187 ; THIERRY TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2011, p. 133 n° 410 ; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, op. cit., p. 70 s. ch. 325 ss). Dans le même sens, en matière d'assurances sociales, sont en principe déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (ATF 139 V 297 consid. 2.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2.1).

7.3 Cela étant, il convient de considérer également les circonstances particulières relatives à la protection de la bonne foi et au refus ou au retard à statuer, sans faute de l'administré-e (ATF 139 II 263 consid. 7 *in fine*). En pareil cas, on pourrait appliquer l'ancien droit, déterminant au moment du dépôt de la demande, s'il est plus favorable, à moins que l'ordre public ou un autre motif d'intérêt public particulièrement important n'imposent le nouveau droit (ATF 126 II 522 consid. 10b ; 119 Ib 174 consid. 3 ; 110 Ib 332 consid. 2 ; THIERRY TANQUEREL, op. cit., n° 411 p. 133). Lorsque la procédure a été indûment prolongée pour des raisons internes à l'administration, qui ne tiennent pas forcément à sa volonté ou à sa faute, il faut encore que ce retard ait permis au nouveau droit d'entrer en vigueur avant qu'une décision ne soit prise (ATF 110 Ib 332 consid. 2c ; MOOR/FLÜCKIGER/MARTENET, op. cit., p. 188).

7.4 En l'espèce toutefois, il s'avère que la question du droit cantonal applicable à la présente cause peut rester ouverte.

8.

8.1 A titre liminaire, il sied de signaler 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 au contraire largement fait référence (arrêt du TAF C-352/2016 du 13 mars 2018 consid. 3.4). Relevons au passage, dans ce contexte, que le Tribunal fédéral a 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 traduit 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).

8.2 Il ressort ainsi de la jurisprudence du Tribunal fédéral que la législation en matière d'admission à 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 concrétisée que 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 traduit 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 cependant pas fixés par le législateur fédéral, les cantons sont autonomes pour les mettre en place (ATF 130 I 26 consid. 5.3.2.1 traduit in : JdT 2005 I 143).

8.3 Les cantons sont également 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 que le caractère fédéraliste et non contraignant, pour les cantons, de la mise en œuvre et de l'utilisation de cet outil de régulation ressortait des débats parlementaires. 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).

8.4 Concernant les seuils fixés par les annexes 1 et 2 OLAF, les cantons peuvent s'en écarter conformément aux dispositions susmentionnées (voir *supra* consid. 5). Le Tribunal fédéral a en effet 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 1 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'égide 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 traduit in : JdT 2005 I 143). La critique faite par 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).

8.5 Il ressort ainsi de ce qui précède que 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 la charge de la LAMal. Cependant, cette marge de manœuvre doit être nuancée une fois que les cantons ont décidé d'appliquer cet outil (voir arrêt du TAF C-6866/2016 du 18 mai 2018 consid. 9.3).

9.

9.1 En effet, s'il est vrai que les cantons bénéficient d'une certaine marge d'appréciation pour privilégier un examen au cas par cas dans le cadre d'admissions supplémentaires lorsqu'ils ont choisi d'appliquer la clause du besoin, il n'en demeure pas moins que cette large autonomie repose sur le cadre juridique tracé par les art. 3 et 4 OLAF, lesquels permettent notamment, soit de lever les limitations pour certaines catégories de prestations ou certains domaines de spécialité, soit d'admettre de nouvelles personnes en raison d'une couverture sanitaire insuffisante ; c'est dans le cadre de ces articles (ainsi que dans celui de l'art. 2 OLAF, dont la fonction diffère toutefois) que le régime de la limitation peut être aménagé par les cantons (ATF 140 V 574 consid. 5.2.4). Les cantons ne sont en ce sens habilités qu'à régler les détails de l'application de l'OLAF, le droit cantonal ayant pour fonction de mettre en œuvre le droit fédéral (ATF 130 I 26 consid. 5.3.2.1 *in fine* traduit in : JdT 2005 I 143 ; il fait dès lors sens que la procédure de recours intervienne auprès du Tribunal administratif fédéral qui revoit l'application du droit fédéral en vertu de l'art. 49 let. a PA, et non le droit cantonal [ATF 130 I 26 consid. 5.3.2.2 traduit in : JdT 2005 I 143 ; arrêt du TAF C-6866/2016 du 18 mai 2018 consid. 9.3.2.1]).

9.2 L'autonomie des cantons s'inscrit dès lors dans la *ratio legis* de la loi. Or, l'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins dépend de l'établissement de la preuve d'un besoin (art. 55a al. 1 LAMal). Il s'agit donc pour les cantons d'évaluer si un besoin existe par catégorie de fournisseurs de prestations, le Conseil fédéral ayant fixé à l'art. 5 OLAF des critères pour ce faire. 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).

9.3 Il résulte de ce qui précède qu'on ne saurait reprocher à une autorité cantonale d'examiner une demande d'autorisation d'un médecin à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins en procédant à une évaluation de la couverture sanitaire et des besoins sur la base des critères de l'art. 5 OLAF. En ce sens, le fait que l'autorité inférieure ait procédé à l'examen de la couverture sanitaire dans la région concernée, tout en se référant à l'exception particulière de l'art. 4 aVOLAF relative à la reprise d'activité, laquelle exception ne figurait plus, au demeurant, à l'art. 4 AVOLAF en vigueur au moment du prononcé de la décision, ne peut être critiqué. Une cessation d'activité n'a d'ailleurs pas *de facto* pour effet de créer une insuffisance de couverture médicale. En outre, tant l'art. 6 al. 1

aAVOLAF que l'art. 6 al. 1 AVOLAF prévoient qu'avant de se prononcer, le département demande le préavis du service qui examine les demandes en vertu des critères de l'art. 5 OLAF notamment. Enfin, relevons, par souci de complétude, que la recourante n'a pas exercé pendant au moins 3 ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade – ce qu'elle ne conteste pas –, et qu'elle ne peut donc se voir dispensée de la preuve du besoin pour ce motif (art. 55a al. 2 LAMal, art. 3 al. 1 let. a aAVOLAF et AVOLAF). Reste à examiner si l'autorité inférieure a correctement appliqué les critères de l'art. 5 OLAF, en particulier celui de la densité médicale et des compétences particulières de la personne concernée.

10.

Comme déjà constaté par le Tribunal de céans 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.

Il ressort en effet 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. 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 l'ancien art. 55a al. 1 LAMal (abrogé au 31 décembre 2011) prévoyait déjà 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 les ignorer (arrêt du TAF C-6866/2016 du 18 mai 2018 consid. 9.3.2.1).

Cela étant, conformément à l'actuel art. 55a al. 3 LAMal, le Conseil fédéral a 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. 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 dans cette disposition est devenue une liste non exhaustive. Les cantons peuvent donc valablement se fonder sur d'autres critères, mais ceux-ci doivent être liés

à la notion de besoin (arrêt du TAF C-6866/2016 du 18 mai 2018 consid. 9.3.2.2).

Dès lors, le Conseil fédéral a retenu, à l'art. 5 OLAF, des critères cumulatifs et non exhaustifs, que les cantons doivent appliquer pour évaluer le besoin et, aux annexes 1 et 2 OLAF, des nombres absolus et des densités comme valeur de référence pour définir quand le besoin était en principe couvert.

11.

11.1 S'agissant du critère de la densité médicale (art. 5 al. 1 let. a OLAF), il convient d'examiner si les maxima fixés dans les annexes de l'OLAF pour le canton de Vaud et le domaine de spécialité concerné sont atteints (art. 1 al. 1 et 3 let. b OLAF), respectivement de savoir si la couverture sanitaire est suffisante (art. 4 OLAF). Il appert à cet égard que l'annexe 1 OLAF fixe le nombre maximum de médecins praticiens pour le canton de Vaud à 223 ; quant à l'annexe 2 OLAF, elle indique que la densité de médecins praticiens pour 100'000 habitants est de 31.9 pour la région lémanique, de 30.7 pour le canton de Vaud et de 19.5 pour la Suisse.

11.2 Or, dans sa décision litigieuse, l'autorité inférieure a retenu, sur la base de ses propres données, à savoir en particulier les droits de pratique délivrés au moment du dépôt de la demande d'admission de la recourante, que la densité de médecins praticiens pour 100'00 habitants était de 34.36 dans le canton de Vaud et de 43.32 pour le district de Lausanne, soit nettement supérieure à celle de la Suisse (voir l'analyse du 21 mars 2018, TAF pce 7 [annexe 3]), de sorte qu'il existerait une surreprésentation des médecins praticiens dans cette région. 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 1 et 2 OLAF (voir *supra* consid. 8.4). Ainsi, les maxima fixés par les annexes de l'OLAF peuvent être adaptés par le canton de Vaud par rapport à ses régions en faisant usage de sa latitude d'appréciation des circonstances locales. Le canton de Vaud peut donc à juste titre évaluer la densité médicale au niveau de ses districts.

11.3 L'autorité inférieure précise toutefois dans la décision entreprise qu'elle a établi la densité de médecins praticiens dans le canton de Vaud et le district de Lausanne sur la base des droits de pratique délivrés au moment de la demande d'admission déposée par la recourante, en d'autres termes, en se fondant sur le nombre de fournisseurs de prestations admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins

dans le canton, respectivement le district de Lausanne. Or, il s'agit là d'un calcul de la densité effectué par tête, qui ne tient nullement compte du taux d'activité des fournisseurs de prestations ayant le droit de pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire. L'analyse du 21 mars 2018 (TAF pce 7 [annexe 3]) ne fait pas non plus état d'éléments alléguant et encore moins démontrant la prise en compte du taux d'activité des médecins. Pourtant, la *ratio legis* en matière de limitation à pratiquer à charge de la LAMal est de tendre à un approvisionnement adéquat en fournisseurs de prestations, de manière certes à éviter une augmentation importante des médecins et par conséquent une croissance démesurée des coûts de la santé, mais tout en assurant une couverture sanitaire suffisante. Il est ainsi essentiel de pouvoir évaluer la couverture réelle des soins dans le domaine de spécialité concerné. A cet égard, il est notoire que le travail à taux partiel est en augmentation ces dernières années (Office fédéral de la statistique > Trouver des statistiques > Situation économique et sociale de la population > Egalité entre les femmes et les hommes > Activité professionnelle > Travail à temps partiel, consulté le 14 mai 2019), réalité également connue du Conseil fédéral, dès lors qu'il a expressément prévu comme critère d'appréciation à l'art. 5 al. 1 let. d OLAF le taux d'activité des personnes dans le domaine de spécialité concerné. Par ailleurs, dans la mesure où le législateur fédéral a expressément conféré au Conseil fédéral la tâche de fixer les critères d'appréciation permettant d'établir la preuve du besoin, ce que le Conseil fédéral a fait à l'art. 5 OLAF, les cantons ne peuvent passer outre le critère particulier du taux d'activité (voir *supra* consid. 10). Ils tiendront compte, pour établir la preuve du besoin, à tout le moins de l'entier des critères fixés par le Conseil fédéral à l'art. 5 OLAF (arrêt C-6866/2016 du 18 mai 2018 consid. 13.2).

11.4 Il sied encore de souligner que, sous l'empire de l'ancien art. 55a LAMal et de l'ancienne OLAF, le Tribunal administratif fédéral avait déjà jugé 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. Ainsi, avant même l'introduction des critères prévus à l'art. 5 OLAF, le Tribunal administratif fédéral avait examiné, dans un arrêt C-1994/2010 du 4 octobre 2010, si le refus d'une autorisation de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins concernant 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 effectué par le médecin spécialiste, déjà établi dans ladite région. Le Conseil fédéral a codifié cette jurisprudence dans l'actuelle OLAF. 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 a jugé que le canton ne pouvait pas décider de ne pas tenir compte du taux d'activité des médecins dans le domaine de spécialité concerné, alors même que l'art. 5 al. 1 let. d OLAF énonçait expressément ce critère (arrêts du TAF C-1837/2014 du 26 novembre 2014 p. 13 ; C-6866/2016 du 18 mai 2018 consid. 9.3.2.1).

11.5 En conséquence, le Tribunal de céans constate que l'autorité inférieure a procédé à une instruction incomplète des faits en matière d'évaluation de la couverture sanitaire du canton de Vaud et du district de Lausanne en lien avec le taux d'activité des médecins praticiens.

12.

S'agissant des compétences particulières de la recourante, laquelle, selon l'autorité inférieure, n'aurait pas l'expérience suffisante pour ouvrir ou reprendre un cabinet de médecine générale à titre indépendant dans le canton de Vaud, le Tribunal de céans relève que l'intéressée est au bénéfice d'une autorisation à pratiquer sa profession dans le canton de Vaud (TAF pce 1 [annexe 3]), de sorte qu'elle peut en tout temps exercer en tant que médecin praticien, quand bien même elle ne peut facturer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Par ailleurs, le critère de l'art. 5 al. 1 let. c OLAF ne sert pas à évaluer si la personne concernée est toujours apte à exercer sa profession de médecin (ceci est l'objet de l'autorisation à pratiquer sa profession), mais à déterminer si elle dispose ou pas, dans le domaine de spécialité qui est le sien, de compétences que ses confrères et consœurs ne présenteraient pas, de sorte à établir l'existence, ou pas, d'un éventuel besoin. Ainsi, on ne saurait retenir que ce prétendu manque d'expérience constituerait un élément pertinent pour ne pas octroyer une admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins.

13.

Au vu de tout ce qui précède, de l'état lacunaire du dossier et de la large marge d'appréciation de l'autorité inférieure en la matière, la décision du 8 mai 2018 doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle en complète l'instruction et rende une nouvelle décision sur la demande d'admission de la recourante à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. L'autorité inférieure devra compléter son instruction en ce qu'elle concerne l'évaluation de la couverture sanitaire s'agissant des médecins praticiens dans le district de Lausanne et dans le canton de Vaud en tenant compte du taux d'activité des personnes dans le domaine de spécialité concerné. En d'autres termes, elle devra déterminer si,

malgré une densité excessive par tête, l'approvisionnement des soins par les médecins praticiens est adéquat en considérant les taux d'occupation de ces médecins.

14.

En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). Aucun frais de procédure n'est 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).

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que la recourante a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure (arrêt du TAF 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 la recourante à hauteur de CHF 2'000.- (TAF pces 3 ss) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

15.

Selon l'art. 14 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2^e 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.

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

16.

La présente décision n'est pas sujette à recours, conformément à l'art. 83 let. r de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110), étant précisé que l'art. 34 LTAF, auquel l'art. 83 let. r LTF renvoie, a été abrogé, avec effet au 1^{er} janvier 2009, par le ch. II de la loi fédérale du 21 décembre 2007 (Financement hospitalier) et remplacé par les art. 53

al. 1 et 90a LAMal (introduits selon le ch. I de la loi fédérale du 21 décembre 2007). Le présent arrêt entre en force dès sa notification (arrêt du TAF C-3997/2014 du 16 décembre 2016 consid. 11 et les réf. cit.).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours du 8 juin 2018 est admis et la décision du 8 mai 2018 annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.

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

4.

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

5.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire) ;
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Acte judiciaire) ;
- à l'Office fédéral de la santé publique (Recommandé).

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Isabelle Pittet

Expédition :