Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
2P.25/2000/dxc
2P.101/1999
2P.311/1999

Arrêt du 12 novembre 2002
IIe Cour de droit public

Les juges fédéraux Wurzburger, président,
Hüngerbühler, Müller, Yersin et Merkli,
greffière Ieronimo Perroud.

2P.101/1999
Résid'EMS, Association pour le bien-être des Résidents en établissement médico-social (EMS),
avenue de Chailly 10, case postale 226,1000 Lausanne 12,
Section vaudoise de l'Association M._____ Suisse,
A._____,
B._____,
C._____, recourants,
tous représentés par Résid'EMS, Association pour le bien-être des Résidents en établissement médico-social (EMS),
avenue de Chailly 10, case postale 226, 1000 Lausanne 12,

contre

Conseil d'Etat du canton de Vaud,
Château cantonal, 1014 Lausanne.

arrêté du 17 février 1999 fixant pour 1998 les tarifs des prestations de soins et des prestations socio-hôtelières fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation,
arrêté du 17 février 1999 fixant pour 1999 les tarifs des prestations de soins fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation,

arrêté du 17 février 1999 fixant pour 1999 les tarifs des prestations socio-hôtelières fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation,

(recours de droit public contre 3 arrêtés du 17 février 1999 du Conseil d'Etat du canton de Vaud).

2P.311/1999
Résid'EMS, Association pour le bien-être des Résidents en établissement médico-social (EMS),
avenue de Chailly 10, case postale 226, 1000 Lausanne 12,
A._____,
D._____,
E._____,
F._____, recourants,
tous représentés par Résid'EMS, Association pour le bien-être
des Résidents en établissement médico-social (EMS),

avenue de Chailly 10, case postale 226, 1000 Lausanne 12,

contre

Conseil d'Etat du canton de Vaud,
Château cantonal, 1014 Lausanne.

arrêté du 22 septembre 1999 modifiant celui du 17 février 1999 fixant pour 1999 les tarifs des prestations de soins fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation,

arrêté du 22 septembre 1999 fixant pour le dernier quadrimestre 1999 les tarifs mis à la charge des personnes hébergées pour les prestations fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation,
(recours de droit public contre deux arrêtés du 22 septembre 1999 du Conseil d'Etat du canton de Vaud).

2P.25/2000
Résid'EMS, Association pour le bien-être des Résidents en établissement médico-social (EMS),
avenue de Chailly 10, case postale 226, 1000 Lausanne 12,
A._____,
D._____,
E._____,
F._____, recourants,
tous représentés par Résid'EMS, Association pour le bien-être
des Résidents en établissement médico-social (EMS),
avenue de Chailly 10, case postale 226, 1000 Lausanne 12,

contre

Conseil d'Etat du canton de Vaud,
Château cantonal, 1014 Lausanne.

arrêté du 8 décembre 1999 fixant pour 2000 les tarifs des prestations de soins fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation,

arrêté du 8 décembre 1999 fixant pour 2000 les tarifs mis à la charge des personnes hébergées pour les prestations fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation,

(recours de droit public contre deux arrêtés du 8 décembre 1999
du Conseil d'Etat du canton de Vaud).

Faits:
A.
De 1992 à 1996, les relations financières entre l'Etat de Vaud, la Fédération vaudoise des caisses-maladie, le Groupement des hôpitaux régionaux vaudois, la Société vaudoise de médecine et l'Association vaudoise des établissements médico-sociaux ont été régies par trois Conventions vaudoises d'hébergement médico-social (CVHé 1992, 1994 et 1996), aux fins de couvrir les coûts d'exploitation des établissements médico-sociaux ainsi que des divisions et des lits médico-sociaux des hôpitaux (ci-après: EMS). Les résidents d'EMS (dont 80 % recevaient une aide individuelle des régimes sociaux) payaient directement à l'EMS leur part des soins non couverts par l'assurance-maladie, ainsi que les coûts socio-hôteliers. Du 1er janvier 1992 au 31 décembre 1995, la participation des assureurs-maladie s'est élevée à 35.- fr. par personne et par journée d'hébergement.

Le 1er janvier 1996 est entrée en vigueur la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), qui instaure le principe du remboursement des soins en EMS par l'assurance-maladie à leur prix coûtant. La participation des assureurs-maladie a alors été augmentée à 60.- fr. par personne et par jour pour 1996.

B.

Une nouvelle convention n'ayant pu être conclue pour 1997, le Conseil d'Etat a édicté, le 19 mars 1997, un arrêté, complété par trois annexes, dont l'entrée en vigueur a été fixée rétroactivement au 1er janvier 1997 et qui fixait le tarif des prestations de soins fondé sur un montant journalier moyen de 75.- fr. et le tarif des prestations socio-hôtelières fournies par les EMS réduit en proportion (ci-après: Arrêté 1997). Le 28 avril 1997, divers recours ont été déposés auprès du Conseil fédéral contre ledit arrêté. Un échange de vues a été ouvert le 26 août 1997 avec le Tribunal fédéral, au terme duquel il a été convenu que le Conseil fédéral restait habilité à traiter les recours - considérés comme recours administratifs - en tant qu'ils s'en prenaient aux tarifs des prestations de soins ainsi qu'à l'article afférent à l'allocation pour impotent, alors que le Tribunal fédéral se chargeait des recours - traités comme recours de droit public - en tant qu'ils concernaient les tarifs des prestations socio-hôtelières (2P.371/1997 et 2P.372/1997).

Le 23 juin 1999, le Conseil fédéral a admis les divers recours interjetés contre l'Arrêté 1997. Il a annulé ce dernier en ce qui concerne le tarif des prestations de soins, confirmé l'article concernant l'allocation pour impotent et prorogé le tarif de la CVHé 1996 du 1er janvier au 31 décembre 1997 en ce qui concerne les prestations de soins, le forfait journalier étant fixé à 60.- fr. En substance, il a considéré que la méthode PLAISIR (PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis), sur laquelle se fondait le tarif des soins litigieux, tenait compte des soins requis et non des soins réellement dispensés. Or, les tarifs de soins devaient être calculés en fonction des coûts effectifs, de sorte que cet outil, qui n'était pas conforme aux règles applicables en économie d'entreprise (art. 43 al. 4 LAMal), ne pouvait être utilisé tel quel. Enfin, il a relevé qu'en vertu de la protection tarifaire (art. 44 LAMal), les fournisseurs de prestations devaient respecter les tarifs et prix fixés par l'autorité compétente et ne pouvaient exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Partant, les assurés n'avaient pas à payer une partie des soins à la charge de l'assurance-maladie au motif que les forfaits fixés ne les couvraient pas entièrement.

Le 24 juillet 2000, le Tribunal fédéral a admis les recours déposés contre l'Arrêté 1997 dans le sens des considérants, dans la mesure où ils étaient recevables et n'étaient pas devenus sans objet, et a annulé les art. 6 et 9 ainsi que les annexes II B et III B. Après avoir relevé que l'arrêté fixait le tarif forfaitaire des prestations socio-hôtelières, à charge des résidents, et celui des soins fournis dans les EMS, à charge des caisses-maladies, de façon à ce que l'addition des deux permette à chaque EMS de fonctionner selon un système dit de "vases communicants", le Tribunal fédéral a constaté que celui-ci violait l'art. 2 Disp. trans. aCst. Le Conseil d'Etat avait élaboré un système confus, qui ne distinguait pas le coût des soins pris en charge par les assurances-maladie en vertu de l'art. 7 al. 2 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS; RS 832.112.31), le solde du coût des soins assumés partiellement par les assureurs-maladie selon l'art. 7 al. 2 OPAS, le coût des soins non couverts par les assureurs-maladie, le coût des soins effectués par d'autres fournisseurs de prestations et supportés

par les assureurs-maladie en vertu d'autres dispositions, les quotes-parts et franchises des assurés et, enfin, les frais socio-hôteliers. Il en découlait que les tarifs socio-hôteliers édictés ne correspondaient nullement aux frais socio-hôteliers effectifs et, surtout, que l'on ignorait ce que le Conseil d'Etat entendait par "la part des soins non remboursée par les caisses-maladie" qu'il faisait transiter d'un tarif à l'autre, soit à la charge des assurances-maladie, soit à celle des résidents. Enfin, comme jugé par le Conseil fédéral dans sa décision du 23 juin 1999, la protection tarifaire prévue par l'art. 44 LAMal interdisait que les assurés supportent la part des soins à assumer par l'assurance de base.

Statuant le 10 juillet 2002 sur la demande d'interprétation de l'arrêt du 24 juillet 2000 présentée le 1er mars 2001 par Résid'EMS, le Tribunal fédéral l'a admise dans la mesure où elle était recevable et a déclaré que le dispositif (chiffre 2) devait être compris dans le sens que la protection tarifaire prévue par l'art. 44 LAMal s'étendait aussi aux résidents financièrement indépendants, de sorte que le Conseil d'Etat ne pouvait reporter sur ceux-ci, au titre de frais socio-hôteliers, la part du coût des soins non admise par la décision du Conseil fédéral du 23 juin 1999.

C.

Entre-temps, vu l'absence de convention pour 1998 et 1999, le Conseil d'Etat a édicté le 17 février 1999 trois arrêtés, le premier fixant pour 1998 les tarifs des prestations de soins et des prestations socio-hôtelières fournies par les EMS (ci-après: Arrêté 1998), le deuxième fixant pour 1999 les tarifs des prestations de soins fournies par les EMS (ci-après: Arrêté 1999/soins) et le troisième fixant pour 1999 les tarifs des prestations socio-hôtelières fournies par les EMS (ci-après: Arrêté 1999/Soho). Ces arrêtés se fondent, selon leur préambule, sur la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) et ses ordonnances, et sur la loi cantonale du 29 novembre 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LVPC/VD), celle du 25 mai 1977 sur la prévoyance et l'aide sociales (LPAS/VD), celle du 11 décembre 1991 d'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social (LAPRHEMS/VD), ainsi que, pour les deux derniers, également sur la loi cantonale du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins. Ils ont été publiés dans la Feuille des avis officiels du canton de Vaud du 23 février 1999 et
leur entrée en vigueur a été fixée rétroactivement au 1er janvier 1998 pour l'Arrêté 1998 et au 1er janvier 1999 pour les Arrêtés 1999/soins et 1999/Soho.
La teneur de l'Arrêté 1998, pour ce qui a trait aux coûts socio-hôteliers, est en particulier la suivante:
"Arrêté du 17 février 1999 fixant pour 1998 les tarifs des prestations de soins et des prestations socio-hôtelières fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation
I. Dispositions générales
But
Article premier
En l'absence de convention tarifaire au sens de la LAMal, le présent arrêté fixe, d'une part, les tarifs mis à la charge des assureurs-maladie lors d'hébergements de personnes atteintes d'affections chroniques en établissements médico-sociaux et en divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation, d'autre part, la participation journalière aux frais socio-hôteliers des personnes hébergées et, le cas échéant, celle des régimes sociaux.
Champ d'application
Art. 2
Le présent arrêté s'applique:
- aux assureurs-maladie reconnus au sens de la LAMal et pratiquant dans le Canton de Vaud;
- aux établissements médico-sociaux et aux divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation (ci-après: les établissements) figurant sur la liste édictée par le Conseil d'État, en conformité à l'article 39, alinéa 3 LAMal;
- aux personnes hébergées dans les établissements précités et affiliées auprès des assureurs précités;
- aux organes d'application des législations sociales citées à l'article 7.
Directives administratives
Art. 3
L'ensemble des conditions administratives ainsi que les normes de protection tarifaire en faveur des personnes qui bénéficient d'une prestation de l'Etat pour la prise en charge des frais socio-hôteliers journaliers figurent à l'annexe I du présent arrêté, qui en fait partie intégrante.

II. Tarifs
Tarifs des prestations de soins
a) Niveaux de soins requis
Art. 4
(...)
b) Méthode de fixation des tarifs
Art. 5
(...)
c) Fixation des tarifs
Art. 6
(...)
Tarif des prestations socio-hôtelières

Art. 7
Conformément à l'article premier du présent arrêté ainsi qu'aux articles 2 b de la loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, 5 de la loi d'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social et 16, alinéa 2, de la loi sur la prévoyance et l'aide sociales, les frais socio-hôteliers journaliers facturés par les établissements aux personnes hébergées figurent à l'annexe II du présent arrêté.
Les frais journaliers comprennent également:
- la part des prestations de soins définies par l'OPAS non prises en charge par les assureurs-maladie; cette part est déterminée par établissement, par la proportion entre la moyenne des prix coûtants des soins calculés selon la méthode PLAISIR et le forfait journalier moyen cantonal de référence fixé à l'article 6;
- la participation des établissements affectée à la formation, à la performance et à la gestion;
- le montant forfaitaire de Fr. 0.50 par jour destiné à financer la méthode permettant l'évaluation de la charge en soins en 1998.
Bénéficiaires de l'allocation pour impotent
Art. 8
Les personnes en séjour de longue ou de courte durée au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI ou de la LAA, totale ou partielle, versent à l'établissement qui les héberge un supplément égal au montant de l'allocation mensuelle, en raison de l'aide et de la surveillance personnelle particulière dont elles ont besoin.
Les personnes qui entrent dans l'établissement ou le quittent en cours de mois, versent un supplément égal au prorata du nombre de jours d'hébergement.
III. Tarifs applicables en cas de recours contre le présent arrêté
Tarif des prestations de soins
Art. 9
En cas de recours contre le présent arrêté, compte tenu de la situation particulière due à l'attente de la décision du Conseil fédéral sur les trois recours pendants contre l'arrêté du 19 mars 1997 fixant les tarifs des prestations de soins et des prestations socio-hôtelières des établissements, compte tenu également de la décision incidente du Département fédéral de justice et police du 8 septembre 1997, les forfaits journaliers pour les prestations de soins de chaque établissement, applicables jusqu'à droit connu, sont ceux qui étaient en vigueur en 1997 (tarif intermédiaire).
Ces forfaits correspondent à ceux de la Convention vaudoise d'hébergement médico-social du 2 février 1996, prorogés en 1997 et appliqués également en 1998.
Tarif des prestations socio-hôtelières
Art. 10
En cas de recours formé contre le présent arrêté, compte tenu des motifs mentionnés à l'article 9 alinéa 1, les forfaits journaliers facturés par les établissements aux personnes hébergées sont ceux qui étaient en vigueur en 1997 (tarif intermédiaire).
Ces forfaits correspondent à ceux de la Convention vaudoise d'hébergement médico-social du 2 février 1996, prorogés et indexés en 1997 et appliqués également en 1998.
L'article 8 est applicable.
IV. Dispositions finales
Litige entre assureurs-maladie et établissements
Art. 11
(...)
Exécution et entrée en vigueur
Art. 12
(...)"
L'arrêté est suivi de deux annexes, qui en font partie intégrante. L'annexe I est constituée par les Directives administratives relatives à l'hébergement médico-social dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation (ci-après: Directives administratives), dont le chiffre 17 définit les différents types de prestations socio-hôtelières. L'annexe II arrête les tarifs sous forme de forfaits journaliers, adaptés aux différents établissements, en distinguant les forfaits à assumer par les assureurs (cf. art. 4 à 6) de ceux à verser par les personnes hébergées (cf. art. 7). Ainsi, elle fixe huit forfaits PLAISIR correspondant à huit différents niveaux de soins, le forfait moyen cantonal de référence

arrêté à 85.- fr. par jour et les tarifs dits "intermédiaires", applicables en cas de recours avec effet suspensif (correspondant à ceux de la CVHé 1996, tant pour les tarifs à la charge des assureurs, cf. art. 9, que pour ceux à la charge des personnes hébergées, cf. art. 10). Si l'on applique le tarif intermédiaire, le forfait des soins est alors d'environ 60.- fr. par jour, la différence entre les deux montants étant reportée dans le tarif socio-hôtelier. L'ensemble des établissements concernés y est énuméré, soit les EMS reconnus d'intérêt public et ceux bénéficiant d'accords tarifaires.
L'Arrêté 1999/Soho a la teneur suivante:
"Arrêté du 17 février 1999 fixant pour 1999 les tarifs des prestations socio-hôtelières fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation
I. Dispositions générales
But
Article premier
Le présent arrêté fixe la participation journalière aux frais socio-hôteliers des personnes atteintes d'affections chroniques hébergées en établissements médico-sociaux et en divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation.
Champ d'application
Art. 2
Le présent arrêté s'applique:
- aux établissements médico-sociaux et aux divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation (ci-après: les établissements) soumis à l'arrêté fixant pour 1999 les tarifs des prestations de soins, en conformité à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal);
- aux personnes hébergées dans les établissements précités;
- aux organes d'application des législations sociales citées à l'art. 4.
Directives administratives
Art. 3
L'ensemble des conditions administratives ainsi que les normes de protection tarifaire en faveur des personnes qui bénéficient d'une prestation de l'Etat pour la prise en charge des frais socio-hôteliers journaliers figurent à l'annexe I du présent arrêté qui en fait partie intégrante.
II. Tarifs
Tarif des prestations socio-hôtelières
Art. 4
Conformément à l'article premier du présent arrêté ainsi qu'aux articles 2 b de la loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, 5 de la loi d'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social et 16, alinéa 2, de la loi sur la prévoyance et l'aide sociales, les frais socio-hôteliers journaliers facturés par les établissements aux personnes hébergées figurent à l'annexe II du présent arrêté, dont elle fait partie intégrante.
Ces frais journaliers sont fixés à partir de la méthode de détermination d'un standard de base socio-hôtelier (SOHO) applicable à tous les établissements, y compris l'indexation pour 1999.
Dans le délai fixé par le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH), les établissements lui transmettent toutes les informations nécessaires à la fixation des frais socio-hôteliers journaliers pour l'exercice suivant. Les établissements qui ne fournissent pas ces informations dans les délais prescrits verront leurs frais socio-hôteliers journaliers maintenus au niveau de ceux appliqués en 1999, réduits de 5 %.
Frais journaliers à charge des personnes hébergées
Art. 5
Les frais journaliers facturés par les établissements aux personnes hébergées comprennent:
- les frais socio-hôteliers établis conformément à l'art. 4;
- la part des soins non payée par les assureurs-maladie, conformément à l'arrêté fixant pour 1999 les tarifs des prestations de soins fournies par les établissements;
- la participation des établissements affectée à la formation et à la gestion;
- le montant forfaitaire journalier, fixé à l'annexe I, destiné à financer la méthode permettant l'évaluation de la charge en soins pour 1999, conformément à l'arrêté fixant les tarifs des prestations de soins fournies par les établissements;

- le montant forfaitaire journalier, fixé à l'annexe I, destiné à financer la méthode de détermination d'un standard de base socio-hôtelier.
Bénéficiaires de l'allocation pour impotent
Art. 6
Les personnes en séjour de longue ou de courte durée au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI ou de la LAA, totale ou partielle, versent à l'établissement qui les héberge un supplément égal au montant de l'allocation mensuelle, en raison de l'aide et de la surveillance personnelle particulière dont elles ont besoin. Les personnes qui entrent dans l'établissement ou le quittent en cours de mois, versent un supplément égal au prorata du nombre de jours d'hébergement.
Exécution et entrée en vigueur
Art. 7
(...)"
L'arrêté est suivi de deux annexes, qui en font partie intégrante. L'annexe I est constituée par les Directives administratives relatives à l'hébergement médico-social dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation (ci-après: Directives administratives), dont le chiffre 14 traite du statut (notamment salarial) du personnel des établissements, le chiffre 15 des différents types de prestations socio-hôtelières et le chiffre 19 du paiement par l'autorité compétente aux établissements des montants dus. L'annexe II arrête le tarif des prestations socio-hôtelières sous la forme de forfaits journaliers pour chacun des établissements concernés.
L'Arrêté 1999/soins, après la mention de ses but et champ d'application (art. 1 et 2), fixe le forfait moyen cantonal à 94.85 fr. (art. 4) par jour, arrête le tarif cantonal et le tarif intermédiaire (ce dernier s'appliquant en cas de recours avec effet suspensif, art. 9) sous forme de huit forfaits journaliers correspondant à huit niveaux de soins déterminés selon la méthode PLAISIR (art. 4 à 6), définit les prestations qui sont comprises dans lesdits forfaits et celles qui ne le sont pas (art. 7 et 8) et prévoit qu'en cas d'application du tarif intermédiaire, la part des prestations définies par l'OPAS non prise en charge par les assureurs-maladie est facturée aux pensionnaires en sus de leur prix journalier socio-hôtelier (art. 10). L'arrêté est suivi de deux annexes; la première est constituée par les Directives administratives, la seconde énumère les EMS concernés ainsi que les divers tarifs applicables.
Si l'on combine l'Arrêté 1999/Soho et l'Arrêté 1999/soins, il appert que, si le tarif intermédiaire des soins de 60.- fr. par jour est appliqué à la place du tarif moyen cantonal journalier de 94.85 fr., la différence entre les deux montants (laquelle couvre la part des prestations de soins non prise en charge par les assureurs-maladie, cf. art. 10 Arrêté 1999/soins) est mise à la charge des résidents, en sus de leur prix journalier socio-hôtelier.
D.
Le 23 mars 1999, Résid'EMS, la Section vaudoise de l'Association M._____ Suisse, A._____, époux d'une résidente de l'EMS X._____, B._____, époux d'une résidente à l'Unité de psycho-gériatrie chronique à K._____ et C._____, fille d'une résidente de l'EMS Y._____ (ci-après: les recourants 1), ont formé un recours de droit public contre les trois arrêtés du 17 février 1999 (2P.101/1999).
En ce qui concerne l'Arrêté 1998, les recourants 1 contestent les art. 7, 8 et 9, l'art. (recte: chiffre) 17 de l'annexe I et l'annexe II et demandent que le Tribunal fédéral constate, en premier lieu, "que la facturation des frais de soins au titre de prestations socio-hôtelières, que ce soit dans le cadre d'un tarif conventionnel, d'un tarif cantonal ou d'un tarif intermédiaire est contraire à la loi et ne peut être ni ordonnée ni autorisée. Les dispositions contraires de l'arrêté attaqué étant déclarées nulles" et, en second lieu, "que les dispositions des articles 7, 8 et 9 de l'arrêté, ainsi que celles de l'art. (recte: chiffre) 17 de l'annexe instituent ou autorisent des facturations abusives et partant qu'il les annule".
Pour l'Arrêté 1999/Soho, les recourants 1 contestent les art. 4, 5 alinéas 2, 4 et 5, 6, les chiffres 14, 15 et 19 de l'annexe I ainsi que l'annexe II et proposent qu'il soit constaté "que la facturation de frais de soins au titre de prestations socio-hôtelières, que ce soit dans le cadre d'un tarif conventionnel, d'un tarif cantonal ou d'un tarif intermédiaire est contraire à la loi et ne peut être ni ordonnée ni autorisée. Les dispositions contraires de l'arrêté attaqué étant déclarées nulles" et "que les dispositions de l'art. 5 al. 4 et 5, de l'art. 6 de l'Arrêté et de l'art. (recte: chiffre) 19 des Directives annexées, ainsi que celles de l'art. (recte: chiffre) 15 de ces directives instituent des facturations abusives et partant qu'il les annule" et, enfin, "que l'art. (recte: chiffre) 14 des Directives est nul lui aussi."
S'agissant de l'Arrêté 1999/soins, les recourants 1 critiquent les art. 9 et 10 ainsi que l'annexe II et demandent que cette Cour constate "que la facturation de frais de soins au titre de prestations socio-hôtelières, que ce soit

dans le cadre d'un tarif conventionnel, d'un tarif cantonal ou d'un tarif intermédiaire est contraire à la loi et ne peut être ordonnée ni autorisée. Les dispositions contraires de l'arrêté attaqué étant déclarées nulles."
A l'encontre des trois arrêtés, les recourants 1 font valoir une violation de leur droit d'être entendu, de l'interdiction de l'arbitraire et de la force dérogatoire du droit fédéral.
Le 23 mars 1999, les recourants 1 ont déposé auprès du Conseil fédéral le même recours contre ces arrêtés.
Le 30 mars 1999, le Conseil fédéral a ouvert un échange de vues avec le Tribunal fédéral aux fins de déterminer l'autorité compétente pour traiter du recours précité. Au terme dudit échange de vues, il a été convenu que le Tribunal fédéral se chargeait du recours - traité comme recours de droit public - en tant qu'il concernait les tarifs 1998 et 1999 des prestations socio-hôtelières, ainsi que l'allocation pour impotent prévue à l'art. 6 de l'Arrêté 1999/Soho. En revanche, le Conseil fédéral restait habilité à traiter le recours - considéré comme recours administratif - en tant qu'il s'en prenait aux tarifs 1998 et 1999 des prestations de soins et à l'art. 8 de l'Arrêté 1998 relatif aux bénéficiaires de l'allocation pour impotent.
Le 3 septembre 1999, le Conseil d'Etat vaudois a présenté ses observations à l'encontre du recours de droit public déposé le 23 mars 1999.
Le 23 décembre 1999, la procédure concernant le recours de droit public 2P.101/1999 a été suspendue jusqu'à droit connu sur le recours administratif déposé devant le Conseil fédéral.
E.
Le 22 septembre 1999 le Conseil d'Etat a promulgué deux arrêtés modifiant ceux du 17 février 1999, le premier fixant pour 1999 les tarifs des prestations de soins fournies par les EMS (ci-après: Arrêté 09.1999/soins), le deuxième fixant pour le dernier quadrimestre 1999 les tarifs mis à charge des personnes hébergées pour les prestations fournies par les EMS (ci-après: Arrêté 09.1999/Soho). Ces deux arrêtés reposent sur les mêmes législations que les précédents. Ils ont été publiés dans la Feuille des avis officiels du canton de Vaud du 12 octobre 1999 et leur entrée en vigueur a été fixée rétroactivement au 1er septembre 1999.
L'Arrêté 09.1999/soins abroge l'art. 10 de l'Arrêté 1999/soins (soit le report sur les assurés de la part des prestations de soins non prise en charge par les assureurs-maladie) et la partie de l'Annexe II y relative. Quant à l'arrêté 09.1999/Soho, il a la teneur suivante:
"Arrêté du 22 septembre 1999 fixant pour le dernier quadrimestre 1999 les tarifs mis à la charge des personnes hébergées pour les prestations fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation
I. Dispositions générales
But
Article premier
Le présent arrêté fixe la participation journalière des personnes atteintes d'affections chroniques et qui bénéficient d'une aide financière de l'Etat pour leur hébergement en établissements médico-sociaux et en divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation.
Champ d'application
Art. 2
Le présent arrêté s'applique:
- aux établissements médico-sociaux et aux divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation (ci-après: les établissements) soumis à l'arrêté fixant pour 1999 les tarifs des prestations de soins, en conformité à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal);
- aux personnes hébergées dans les établissements précités et qui bénéficient d'une aide financière de l'État;
- aux organes d'application des législations sociales citées à l'article 4.
Directives administratives
Art. 3
L'ensemble des conditions administratives ainsi que les normes de protection tarifaire en faveur des personnes qui bénéficient d'une prestation de l'Etat pour la prise en charge des frais journaliers figurent à l'Annexe I du présent arrêté qui en fait partie intégrante.
II. Tarif
Tarif journalier
Art. 4
Conformément à l'article premier du présent arrêté ainsi qu'aux articles 2 b de la loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, 5 de la loi d'aide aux personnes recourant à

l'hébergement médico-social et 16, alinéa 2, de la loi sur la prévoyance et l'aide sociales, les frais journaliers facturés par les établissements aux personnes hébergées figurent à l'Annexe II du présent arrêté, dont elle fait partie intégrante.
Le tarif comprend également:
- la participation des établissements affectée à la formation et la gestion;
- le montant forfaitaire journalier, fixé à l'Annexe I, destiné à financer la méthode permettant l'évaluation de la charge en soins pour 1999, conformément à l'arrêté fixant les tarifs des prestations de soins fournies par les établissements;
- le montant forfaitaire journalier, fixé à l'Annexe I, destiné à financer la méthode de détermination d'un standard de base socio-hôtelier.
Dans le délai fixé par le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH), les établissements lui transmettent toutes les informations nécessaires à la fixation des frais journaliers pour l'exercice suivant. Les établissements qui ne fournissent pas ces informations dans les délais prescrits verront leurs frais journaliers maintenus au niveau de ceux appliqués en 1999, réduits de 5 %.
Bénéficiaires de l'allocation pour impotent
Art. 5
Les personnes en séjour de longue ou de courte durée au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI ou de la LAA, totale ou partielle, versent à l'établissement qui les hébergent un supplément égal au montant de l'allocation mensuelle, en raison de l'aide et de la surveillance personnelle particulière dont elles ont besoin. Les personnes qui entrent dans l'établissement ou le quittent au cours d'un mois, versent un supplément égal au prorata du nombre de jours d'hébergement.
Abrogation
Art. 6
L'arrêté du 17 février 1999 fixant pour 1999 les tarifs des prestations socio-hôtelières fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation est abrogé.
Exécution et entrée en vigueur
Art. 7
(...)"
Cet arrêté est suivi de deux annexes, qui en font partie intégrante. L'annexe I est constituée par les Directives administratives relatives à l'hébergement dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation (ci-après: Directives administratives). L'annexe II énumère l'ensemble des établissements concernés et arrête pour chacun d'eux le tarif journalier 1999 sous la forme d'un forfait journalier particulier.
Suite à l'adoption de ces deux arrêtés, seul le tarif intermédiaire de 60.- fr. par jour est resté en vigueur pour les prestations de soins. Le montant concernant la part des prestations de soins non prise en charge par les assureurs-maladie (soit environ 35.- fr.) a été incorporé dans le tarif des prestations socio-hôtelières.
F.
Le 3 novembre 1999, Résid'EMS, A._____ et E._____, respectivement époux et fille de deux résidentes de l'EMS La X._____, D._____, résident à l'hôpital de H._____ et F._____, fille d'une résidente de l'EMS Z._____ (ci-après: les recourants 2), ont déposé un recours de droit public devant le Tribunal fédéral contre les deux arrêtés du 22 septembre 1999 (2P.311/1999). Sur le fond, les recourants 2 - qui font valoir une violation du droit fédéral - concluent à l'annulation desdits arrêtés et des annexes de l'Arrêté 09.1999/Soho. Subsidiairement, ils demandent "que le transfert des frais de soins en cause dans les frais socio-hôteliers soit déclaré nul et de nul effet".
Simultanément, les recourants 2 ont également présenté devant le Conseil fédéral un recours contre les mêmes objets.
Le 24 novembre 1999, cette autorité a ouvert un échange de vues avec le Tribunal fédéral aux fins de déterminer l'autorité compétente pour traiter les recours précités. Au terme de cet échange de vues, il a été convenu que le Conseil fédéral était habilité à statuer sur le recours qui lui avait été présenté dans son entier, et qu'une fois la décision prise, il transmettrait, le cas échéant, au Tribunal fédéral les éléments qu'il estimerait ne pouvoir traiter par attraction de compétences. Le recours déposé devant le Tribunal fédéral a donc été transmis au Conseil fédéral et la procédure y relative (2P.311/1999) a été suspendue jusqu'à la décision du Conseil fédéral.

G.
Le 8 décembre 1999, le Conseil d'Etat vaudois a édicté deux nouveaux arrêtés valables pour l'an 2000 et fixant, le premier, les tarifs des prestations de soins fournies par les EMS (ci-après: Arrêté 2000/soins) et, le second, les tarifs mis à charge des personnes hébergées pour les prestations fournies par les EMS (ci-après: Arrêté 2000/Soho). Les deux arrêtés se fondent sur les mêmes bases législatives que les précédents. Ils ont été publiés dans la Feuille des avis officiels du canton de Vaud du 21 décembre 1999 et leur entrée en vigueur a été fixée au 1er janvier 2000.
L'Arrêté 2000/soins, après la mention de ses but et champ d'application (art. 1 et 2), arrête le forfait moyen cantonal à 94.15 fr. par jour (art. 4), fixe le tarif cantonal ainsi que le tarif intermédiaire (60.- fr. par jour, ce dernier applicable en cas de recours avec effet suspensif, art. 9) sous forme de huit forfaits journaliers correspondant à huit niveaux de soins déterminés selon la méthode PLAISIR (art. 4 à 6) et définit les prestations qui sont comprises dans lesdits forfaits et celles qui ne le sont pas (art. 7 et 8). Il est complété par deux annexes; la première est constituée des Directives administratives, la seconde arrête les différents forfaits journaliers PLAISIR.
L'arrêté 2000/Soho a la teneur suivante:
"Arrêté du 8 décembre 1999 fixant pour 2000 les tarifs mis à la charge des personnes hébergées pour les prestations fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation
I. Dispositions générales
But
Article premier
Le présent arrêté fixe la participation journalière des personnes atteintes d'affections chroniques et qui bénéficient d'une aide financière de l'Etat pour leur hébergement en établissements médico-sociaux et en divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation.
Champ d'application
Art. 2
Le présent arrêté s'applique:
- aux établissements médico-sociaux et aux divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation (ci-après: les établissements) soumis à l'arrêté fixant pour 2000 les tarifs des prestations de soins, en conformité à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal);
- aux personnes hébergées dans les établissements précités et qui bénéficient d'une aide financière de l'État;
- aux organes d'application des législations sociales citées à l'article 4.
Directives administratives
Art. 3
L'ensemble des conditions administratives ainsi que les normes de protection tarifaire en faveur des personnes qui bénéficient d'une prestation de l'Etat pour la prise en charge des frais journaliers figurent à l'annexe I du présent arrêté qui en fait partie intégrante.
II. Tarif
Tarif journalier
Art. 4
Conformément à l'article premier du présent arrêté ainsi qu'aux articles 2 b de la loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, 5 de la loi d'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social et 16, alinéa 2, de la loi sur la prévoyance et l'aide sociales, les frais journaliers facturés par les établissements aux personnes hébergées figurent à l'annexe II du présent arrêté, dont elle fait partie intégrante.
Le tarif comprend également:
- la participation des établissements affectée à la formation (à l'exception des établissements non reconnus d'intérêt public) et à la gestion;
- le montant forfaitaire journalier, fixé à l'annexe I, destiné à financer la méthode permettant l'évaluation de la charge en soins pour 2000, conformément à l'arrêté fixant les tarifs des prestations de soins fournies par les établissements;
- le montant forfaitaire journalier, fixé à l'annexe I, destiné à financer la méthode de détermination d'un standard de base socio-hôtelier.
Dans le délai fixé par le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH), les établissements lui

transmettent toutes les informations nécessaires à la fixation des frais journaliers pour l'exercice suivant. Les établissements qui ne fournissent pas ces informations dans les délais prescrits verront leurs frais journaliers maintenus au niveau de ceux appliqués en 2000, réduits de 5 %.
Bénéficiaires de l'allocation pour impotent
Art. 5
Les personnes en séjour de longue ou de courte durée au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI ou de la LAA, totale ou partielle, versent à l'établissement qui les hébergent un supplément égal au montant de l'allocation mensuelle, en raison de l'aide et de la surveillance personnelle particulière dont elles ont besoin. Les personnes qui entrent dans l'établissement ou le quittent en cours de mois, versent un supplément égal au prorata du nombre de jours d'hébergement.
Abrogation
Art. 6
L'arrêté du 22 septembre 1999 fixant pour le dernier quadrimestre 1999 les tarifs mis à la charge des personnes hébergées pour les prestations fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation est abrogé.
Exécution et mise en vigueur
Art. 7
(...)"
Cet arrêté est complété par deux annexes, qui en font partie intégrante. L'annexe I est constituée par les Directives administratives relatives à l'hébergement médico-social dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation (ci-après: Directives administratives), dont le chiffre 10 traite de l'allocation pour impotent. L'annexe II énumère l'ensemble des établissements concernés et arrête pour chacun d'eux le forfait journalier 2000, différent pour les résidents de type C et pour les résidents de type D.
L'arrêté concernant les prestations socio-hôtelières augmente le prix journalier - comparé à celui de l'année précédente - d'un montant équivalent à la différence existant entre le tarif cantonal et le tarif intermédiaire des prestations de soins.
H.
Le 25 janvier 2000, Résid'EMS, A._____ et E._____, respectivement époux et fille de deux résidentes de l'EMS La X._____, D._____, résident à l'hôpital de H._____, et F._____, fille d'une résidente de l'EMS Z._____ (ci-après: les recourants 3), ont formé un recours de droit public contre ces deux arrêtés (2P.25/2000). Sur le fond, les recourants 3, qui soulèvent les mêmes griefs que dans les procédures précédentes, concluent à l'annulation des deux arrêtés et de leurs annexes. Ils demandent en outre que l'effet suspensif soit accordé à leur recours et que le Tribunal fédéral invite le Conseil d'Etat à les inclure, par l'intermédiaire de Résid'EMS, dans le cercle des personnes à consulter lors de l'élaboration de conventions tarifaires ou de tarifs. Le même jour, les recourants 3 ont également attaqué ces arrêtés devant le Conseil fédéral.
Le 9 février 2000, le Tribunal fédéral a ouvert un échange de vues avec le Conseil fédéral aux fins de déterminer l'autorité compétente pour traiter des objets susmentionnés. Au terme dudit échange, il a été convenu que le Conseil fédéral était habilité à statuer sur cette affaire dans son entier et le recours déposé devant le Tribunal fédéral lui a donc été transmis. Toutefois, il lui était loisible de restituer l'affaire au Tribunal fédéral après avoir statué, si un grief devait finalement s'avérer de la compétence de ce dernier. La procédure 2P.25/2000 engagée devant le Tribunal fédéral a donc été suspendue jusqu'à la décision du Conseil fédéral.
I.
Le 20 décembre 2000, le Conseil fédéral a partiellement admis les recours présentés par Résid'EMS et consorts contre les arrêtés fixant les forfaits PLAISIR 1998, 1999 et 2000; il a admis leurs recours dirigés contre l'Arrêté 09.1999/soins, l'Arrêté 09.1999/SOHO et l'Arrêté 2000/Soho.
Il a relevé, en substance, que l'application de la méthode PLAISIR (qui tenait compte du coût des soins requis et non de celui des soins réellement donnés) pour calculer les tarifs ne permettait pas de respecter les exigences de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (soit les art. 43 alinéa 4, 49 alinéa 6 et 50 LAMal) - parce qu'elle ne s'appuyait pas sur les coûts dûment comptabilisés de prestations effectivement fournies - et que le niveau de transparence des coûts découlant de son application était insuffisant. Par ailleurs, il a relevé que le report de la part des prestations de soins non prise en charge par les assureurs-maladie sur les tarifs socio-hôteliers, donc sur l'assuré, violait la protection tarifaire offerte par la loi fédérale précitée (cf. art. 44, alinéa 1 LAMal) et en a

ordonné la rétrocession, ce pour la période du 1er janvier 1999 au 31 décembre 2000. Enfin, en ce qui concerne l'allocation pour impotent prévue à l'art. 8 de l'Arrêté 1998, le Conseil fédéral a observé que, si la pratique instaurée par les autorités vaudoises était en principe illégale, elle pouvait toutefois être maintenue à titre de solution transitoire.
En ce qui concerne les prestations de soins, le Conseil fédéral a ainsi annulé les forfaits PLAISIR 1998 à 2000, fixé de nouveaux forfaits applicables pour ces années (cf. chiffre 9 du dispositif de sa décision) et annulé les dispositions des arrêtés contestés y relatives (cf. chiffre 8 du dispositif de sa décision), soit:
- les articles 4, 5 et 6 de l'Arrêté 1998, ainsi que son annexe II fixant le tarif cantonal 1998, à l'exception du tarif intermédiaire 1998;
- les articles 4, 5, 6 et 10 de l'Arrêté 1999/soins, ainsi que son annexe II fixant le tarif cantonal 1999 et le report de prix sur les coûts socio-hôteliers (tarif intermédiaire reporté sur le résident), à l'exception du tarif intermédiaire 1999;
- les articles 4, 5 et 6 de l'Arrêté 2000/soins, ainsi que son annexe II fixant le tarif cantonal 2000, à l'exception du tarif intermédiaire 2000 et
- l'Arrêté 09.1999/soins.
En ce qui concerne les prestations socio-hôtelières, le Conseil fédéral a adopté les mesure suivantes (cf. chiffre 10 du dispositif de sa décision):
- le tarif journalier (prix SOHO en 1999, résidents C) figurant à l'annexe II de l'Arrêté 09.1999/Soho a été annulé et remplacé par celui figurant à l'annexe II de l'Arrêté 1999/Soho, pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1999;
- le tarif journalier 2000 (prix SOHO, résidents C) figurant à l'annexe II de l'Arrêté 2000/Soho a été annulé et remplacé par le même tarif journalier, réduit, pour chaque établissement, d'un montant égal au niveau du report 2000 par établissement, tel qu'il figure dans la décision incidente du Département fédéral de justice et police du 4 mai 2000, publiée dans la Feuille des avis officiels du canton de Vaud du 7 juillet 2000, pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2000.
Enfin, le Conseil fédéral a réservé les mesures arrêtées, le cas échéant, par le Tribunal fédéral dans les recours dont il était saisi.
J.
Par ordonnance du 12 février 2001, le Président de la IIe Cour de droit public a joint les causes 2P.101/1999, 2P.311/1999 et 2P.25/2000 et ordonné la reprise des procédures.
Suite à la décision du Conseil fédéral du 20 décembre 2000 et à l'invitation qui leur a été faite par cette Cour le 12 février 2001, les recourants, dans un seul et même acte daté du 29 mars 2001, ont précisé leur argumentation et ont complété leurs mémoires de recours concernant les griefs soulevés à l'encontre des tarifs des prestations socio-hôtelières des Arrêtés 1998, 1999/Soho, 09.1999/Soho et 2000/Soho ainsi que de l'allocation pour impotent prévue à l'art. 6 de l'Arrêté 1999/Soho.
Le 18 mai 2001, le Conseil d'Etat vaudois a complété sa réponse du 3 septembre 1999.
Le Tribunal fédéral considère en droit:

1.
Le Tribunal fédéral examine d'office et librement la recevabilité des recours qui lui sont soumis (ATF 126 I 50 consid. 1, 81 consid. 1).
1.1 Les recourants ont interjeté recours contre les divers arrêtés tant au Conseil fédéral que devant le Tribunal fédéral. Dans la mesure où les Arrêtés 1998, 1999/soins, 09.1999/soins et 2000/soins traitent des tarifs des prestations de soins, ils peuvent être attaqués (cf. arrêt du 24 juillet 2000) uniquement par un recours administratif au Conseil fédéral (art. 53 LAMal). C'est d'ailleurs ce qu'ont rappelé et précisé les différents échanges de vues entre cette autorité et le Tribunal fédéral, le Conseil fédéral ayant également reçu compétence de vérifier l'application de l'art. 8 de l'Arrêté 1998 (allocation pour impotent) tant sous l'angle des prestations de soins que, par attraction de compétence, sous celui des prestations socio-hôtelières, le Tribunal fédéral jouissant de la même compétence pour les années 1999 et 2000.
1.2 La voie du recours de droit administratif n'est pas ouverte contre les tarifs socio-hôteliers attaqués, car ceux-ci ne relèvent pas du droit fédéral ou du droit cantonal d'exécution, mais du droit cantonal autonome exclusivement. De toute manière, ce moyen de droit est aussi irrecevable lorsque les décisions attaquées concernent, comme en l'espèce, la fixation ou l'approbation d'un tarif dans son ensemble ou contiennent des

clauses tarifaires (sauf en matière d'assurance privée et de perception de droits d'auteur, cf. art. 99 al. 1 lettre b OJ; ATF 122 II 252 consid. 1; 104 Ib 412 consid. 1b). Il en va de même du recours de droit administratif devant le Tribunal fédéral des assurances (cf. art. 129 al. 1 lettre b OJ; ATF 125 V 101 consid. 3b; voir également arrêt du 24 juillet 2000).
1.3 Dès lors, seule reste ouverte la voie subsidiaire du recours de droit public (art. 84 al. 2 OJ), pour autant que les conditions en soient remplies.
2.
Le recours de droit public est recevable lorsqu'il est formé contre un arrêté cantonal de portée générale pour violation des droits constitutionnels des citoyens (art. 84 al. 1 lettre a OJ).
2.1 Les présents recours de droit public sont recevables en tant qu'ils s'en prennent aux articles des arrêtés traitant des prestations socio-hôtelières (y compris l'allocation pour impotent pour 1999 et 2000) et, comme déjà relevé dans l'arrêt du 24 juillet 2000, aux "Directives administratives" qui font partie de ces arrêtés (ATF 122 I 44 consid. 2; 120 Ia 321 consid. 3d; 114 Ia 452 consid. 1a; 105 Ia 349 consid. 2a; voir également Walter Kälin, Das Verfahren der staatsrechtlichen Beschwerde, Berne 1994, 2e éd., p. 142 s.).
En revanche, sont irrecevables les griefs dirigés contre les dispositions des arrêtés appliquant le droit fédéral, à savoir contre celles traitant des tarifs des prestations de soins, qui, d'ailleurs, ont fait l'objet de la décision du 20 décembre 2000 du Conseil fédéral, ainsi que les moyens fondés exclusivement sur une violation de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, laquelle ne régit pas les prestations socio-hôtelières.
Les griefs portant sur les art. 8 et 9 de l'Arrêté 1998 (allocation pour impotent et tarifs des prestations de soins) ainsi que sur la partie de l'annexe II y relative, sur l'Arrêté 1999/soins et son annexe II, sur l'Arrêté 09.1999/soins et, enfin, sur l'Arrêté 2000/soins et ses annexes sont irrecevables dans la mesure où ils ne sont pas devenus sans objet, vu la décision du 20 décembre 2000 du Conseil fédéral.
2.2 L'épuisement des voies de droit cantonales prévu par l'art. 86 al. 1 OJ vaut également pour les recours de droit public formés contre des arrêtés cantonaux de portée générale (ATF 124 I 11 consid. 1a, 159 consid. 1b; 119 Ia 321 consid. 2a; SJ 1998 489 consid. 1b). Le droit vaudois ne prévoyant aucune procédure de contrôle abstrait des règlements cantonaux (cf. art. 4 et 29 de la loi vaudoise du 18 décembre 1989 sur la juridiction et la procédure administratives, LJPA/VD), les présents recours sont recevables de ce point de vue également.
2.3 Lorsque les recours sont dirigés, comme dans la présente affaire, contre des arrêtés de portée générale, la qualité pour recourir au sens de l'art. 88 OJ est reconnue à toute personne dont les intérêts juridiquement protégés sont effectivement touchés par les actes attaqués ou pourront l'être un jour (ATF 125 II 440 consid. 1c; 125 I 369 consid. 1a, 474 consid. 1d et la jurisprudence citée).
S'agissant du recours 2P.101/1999, comme relevé dans l'arrêt du 24 juillet 2000, aux considérants duquel il peut être renvoyé, l'association Résid'EMS remplit les conditions posées par la jurisprudence (ATF 122 I 90 consid. 2c; 119 Ia 197 consid. 1c/bb; 114 Ia 452 consid. 1d/bb) pour que la qualité pour agir lui soit reconnue. En revanche, tel n'est pas le cas de la Section vaudoise de l'Association M._____ Suisse. Sous cet angle, le recours 2P.101/1999 est irrecevable. Tel n'est pas le cas non plus de A._____, B._____ et C._____, respectivement époux et fille de résidentes d'établissements figurant sur les annexes des arrêtés querellés. En premier lieu, ces recourants ne font pas valoir ni ne démontrent qu'ils auraient été chargés et/ou valablement mandatés par les personnes qu'ils représentent pour déposer le présent recours. Par ailleurs, ils ne font valoir ni ne démontrent non plus que leurs intérêts personnels et juridiquement protégés seraient touchés ou pourraient l'être un jour par les arrêtés attaqués, ce qui par ailleurs apparaît peu probable, étant donné que la durée de validité desdits arrêtés est d'une année. Or, le recours de droit public formé pour sauvegarder l'intérêt général ou qui tend à préserver
des intérêts de fait est irrecevable (ATF 126 I 43 consid. 1a et les arrêts cités). A leur égard, le recours 2P.101/1999 est également irrecevable.
Quant aux deux recours 2P.311/1999 et 2P.25/2000, ils sont présentés en partie par les mêmes recourants. Or, comme relevé ci-dessus, Résid'EMS est habilitée à recourir. Il en est de même en ce qui concerne D._____, résident d'une division C d'un des établissements cités dans les annexes des arrêtés attaqués. Pour les autres recourants, soit A._____, E._____ et F._____, respectivement époux et filles de résidentes d'institutions figurant dans les annexes susmentionnées, la qualité pour recourir individuellement doit leur être refusée pour les mêmes raisons que celles exposées précédemment. Sous cet angle, les recours 2P.311/1999 et 2P.25/2000 sont irrecevables.
2.4 Le délai de trente jours prévu à l'art. 89 al. 1 OJ pour déposer un recours de droit public contre un arrêté de

portée générale a commencé à courir dès la publication de cet acte dans la Feuille des avis officiels du canton de Vaud, soit, en l'occurrence, les 23 février 1999, 12 octobre 1999 et 21 décembre 1999 (cf. ATF 125 II 440 consid. 1b; 124 I 145 consid. 1b). Postés respectivement les 24 mars 1999, 3 novembre 1999 et 27 janvier 2000, les présents recours ont donc été formés en temps utile.
2.5 Sous réserve d'exceptions dont les conditions ne sont pas réalisées en l'espèce, le recours de droit public n'a qu'un effet cassatoire. Un recourant ne peut donc pas demander autre chose que l'annulation, totale ou partielle, de l'arrêté ou de la décision qu'il attaque (ATF 127 II 1 consid. 2c; 124 I 327 consid. 4a et les références). Il s'ensuit que la demande formulée par les recourants 1 (cf. infra consid. 6.1) visant à faire fixer par le Tribunal fédéral la quotité du montant remboursable aux résidents est irrecevable. Cette question a d'ailleurs déjà été jugée par le Conseil fédéral dans sa décision du 20 décembre 2000 (cf. p. 95, consid. 10.6) pour les années 1999 et 2000.
3.
3.1 Selon l'art. 90 al. 1 lettre b OJ, l'acte de recours doit contenir un exposé des droits constitutionnels ou des principes juridiques violés, en précisant en quoi consiste la violation. Lorsqu'il est saisi d'un recours de droit public, le Tribunal fédéral ne vérifie pas lui-même si la décision entreprise est en tous points conforme au droit ou à l'équité; il est lié par les moyens invoqués dans l'acte de recours et peut se prononcer uniquement sur les griefs de nature constitutionnelle que le recourant a non seulement clairement allégués mais encore suffisamment motivés. Le recourant ne saurait se contenter de soulever de vagues griefs ou de renvoyer aux actes cantonaux (ATF 125 I 71 consid. 1c, 492 consid. 1b; 122 I 70 consid. 1c, 168 consid. 2b).
3.2 Les recourants invoquent l'arbitraire des arrêtés attaqués. Dans un recours pour arbitraire fondé sur l'art. 9 Cst., le recourant ne peut se contenter de mentionner formellement ce moyen en opposant sa thèse à celle de l'autorité cantonale et de critiquer l'arrêté attaqué comme il le ferait dans une procédure d'appel où l'autorité de recours peut revoir librement l'application du droit. Il doit au contraire démontrer, par une argumentation claire et précise, en quoi l'arrêté attaqué serait arbitraire, ne reposerait sur aucun motif sérieux et objectif, apparaîtrait insoutenable ou heurterait gravement le sens de la justice et de l'équité (ATF 110 Ia 1 consid. 2a; 107 Ia 186). Le Tribunal fédéral n'entre pas en matière sur les critiques de caractère appellatoire (ATF 117 Ia 412 consid. 1c).
Enfin, lorsqu'un recourant demande l'annulation d'un arrêté cantonal, il doit invoquer des moyens visant chacun des articles et chacune des dispositions de ceux-ci, sans quoi seuls les passages véritablement attaqués pourront, le cas échéant, être annulés. Le Tribunal fédéral n'annulera intégralement l'arrêté cantonal que si la suppression des passages inconstitutionnels le dénature dans son ensemble (ATF 123 I 112 consid. 2c; 118 Ia 64 consid. 2c).
3.3 Les recourants font également valoir une violation du principe de la force dérogatoire du droit fédéral garanti par l'art. 49 al. 1 Cst. Selon cette disposition, qui a remplacé la règle déduite de l'art. 2 Disp. trans. aCst., le droit fédéral prime le droit cantonal qui lui est contraire. Cela signifie que les cantons ne sont pas autorisés à légiférer dans les domaines exhaustivement réglementés par le droit fédéral (ATF 127 I 60 consid. 4a et les arrêts cités; Ulrich Häfelin/Walter Haller, Schweizerisches Bundesstaatsrecht, Die neue Bundesverfassung, Zurich 2001, n. 1185 à 1187, p. 335/336). Dans les autres domaines, les cantons peuvent édicter des règles de droit qui ne violent ni le sens ni l'esprit du droit fédéral, et qui n'en compromettent pas la réalisation (ATF 125 II 56 consid. 2b, 315 consid. 2a; 124 I 107 consid. 2a; 123 I 313 consid. 2b). Les règles fédérales et cantonales ne peuvent toutefois coexister qu'en l'absence de conflits (Andreas Auer/Giorgio Malinverni/Michel Hottelier, Droit constitutionnel suisse, vol. I, n. 1037 et 1040, p. 367/368). Saisi d'un recours impliquant le contrôle abstrait des normes fondé sur le principe de la force dérogatoire du droit fédéral, le Tribunal fédéral examine librement la
conformité de la règle de droit cantonal avec le droit fédéral. Il n'annule cependant une disposition cantonale que si elle ne se prête à aucune application ou interprétation conforme à la Constitution (ATF 125 II 440 consid. 1d; 123 I 313 consid. 2b; 122 I 343 consid. 3a).
C'est à la lumière de ces principes que doivent être appréciés les arguments des recourants.

2P.101/1999
4.
Dans la cause 2P.101/1999, la recourante fait valoir qu'elle n'a pas été consultée avant la rédaction des arrêtés querellés et que son recours constitue pour elle le seul moyen de se faire entendre.

On peut se demander si, par ce moyen, la recourante invoque une violation d'un éventuel droit d'être consultée et, implicitement, de son droit d'être entendue (sur l'étendue du pouvoir d'examen du Tribunal fédéral à cet égard, cf. ATF 125 I 257 consid. 3a; 124 I 49 consid. 3a, 241 consid. 2; 122 I 109 consid. 2a et les arrêts cités). Si tel était le cas, ce grief ne satisferait manifestement pas aux exigences de motivation de l'art. 90 OJ. En effet, la recourante ne spécifie pas quelle norme de droit cantonal instaurerait un tel droit en sa faveur ni ne démontre que le Conseil d'Etat l'aurait violée. Elle ne fait pas valoir non plus, ni ne démontre qu'un tel droit découlerait de l'art. 29 al. 2 Cst. et qu'il aurait été violé en l'espèce. Sur ce point le recours est irrecevable. Au surplus, même s'il était recevable, ce moyen serait mal fondé. Selon la jurisprudence, l'art. 29 Cst. ne confère pas aux citoyens le droit d'être entendu dans une procédure législative, c'est-à-dire une procédure qui conduit à l'adoption de normes générales et abstraites (ATF 123 I 63 consid. 2 et les références citées).

Arrêté 1998

5.

La recourante 1 s'en prend à l'art. 7 de l'Arrêté 1998 et conteste le fait que soient également inclus dans les frais socio-hôteliers la participation des établissements affectée à la formation, à la performance et à la gestion, ainsi qu'un montant forfaitaire de 0.50 fr. par jour destiné à financer la méthode permettant l'évaluation de la charge des soins en 1998.

Ce grief ne respecte manifestement pas les exigences de motivation de l'art. 90 OJ et est par conséquent irrecevable. Au surplus, même s'il était recevable, il devrait être rejeté. En effet, la solution choisie par le Conseil d'Etat, qui est d'alimenter ces fonds (qui servent à financer des prestations dont les résidents sont les bénéficiaires directs ou indirects) par le prix de pension n'apparaît, au vu des explications fournies par l'autorité intimée dans ses observations du 3 septembre 1999, ni insoutenable, ni dénuée de fondement et ne peut donc être considérée comme arbitraire.

6.

L'Arrêté 1998 arrête le tarif des prestations de soins et celui des prestations socio-hôtelières sous la forme de forfaits journaliers. En ce qui concerne les prestations de soins, il prévoit huit forfaits correspondant à huit différents niveaux de soins, fixés par référence à un forfait journalier moyen cantonal pour l'ensemble des établissements. Pour les prestations socio-hôtelières, l'arrêté mentionne le forfait journalier valable pour chaque établissement concerné. Il prévoit aussi des tarifs intermédiaires (établis selon les mêmes principes tant pour les prestations de soins que pour les coûts socio-hôteliers), applicables en cas de recours avec effet suspensif. L'addition des deux forfaits (soins/socio-hôteliers) débouche sur un montant total identique pour chaque établissement, mais réparti différemment entre les deux types de forfaits selon que l'on applique le tarif cantonal ou le tarif intermédiaire.

6.1 La recourante 1 - qui se réfère tant à l'arrêt du Tribunal fédéral du 24 juillet 2000 (concernant l'Arrêté 1997) qu'à la décision du Conseil fédéral du 20 décembre 2000 - soutient que le report sur les assurés de "la part des prestations de soins définies par l'OPAS non prise en charge par les assureurs-maladie" (art. 7 et 10 de l'arrêté attaqué) viole l'art. 2 Disp. trans. aCst. (art. 49 Cst.). Selon elle, le système dit de "vases communicants" instauré entre le tarif des soins à la charge de l'assurance-maladie obligatoire et celui des frais socio-hôteliers viole la norme précitée dans la mesure où il a pour effet d'éluder les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, en particulier l'art. 44 instituant la protection tarifaire, lequel interdit une facturation complémentaire aux assurés. Elle fait valoir que les normes querellées, soit les art. 7 et 10, ainsi que l'annexe II, dans la mesure où elle concerne les prestations socio-hôtelières, doivent être annulées, comme cela avait été le cas des dispositions correspondantes de l'Arrêté 1997. Elle demande également qu'il soit constaté que l'interdiction du report concerne tant les résidents aidés financièrement par l'Etat que ceux qui sont financièrement indépendants et que le montant remboursable soit en moyenne de 35.- fr. par jour.

6.2 Dans ses observations des 3 septembre 1999 et 18 mai 2001, le Conseil d'Etat constate que le tarif cantonal et le tarif intermédiaire couvrent exactement les mêmes prestations fournies par les EMS, dont les coûts sont calculés sur les mêmes données économiques. Ce sont uniquement le financement mis à charge des assureurs-maladie et le prix journalier mis à charge des pensionnaires qui changent, selon que l'on applique l'un ou l'autre tarif. A cet égard, l'intimé relève que le coût des prestations mises à la charge des pensionnaires a été calculé dans le cadre d'une enveloppe globale de référence identique. Seul le type de financement diffère (la part de l'assureur varie entre 60.- fr. et 85.- fr.), mais en aucun cas le volume total des ressources encaissées par les établissements. Par ailleurs, le tarif des prestations socio-hôtelières s'appliquerait uniquement aux personnes bénéficiant d'une aide sociale de l'Etat. Quant aux relations entre EMS et résidents financièrement indépen-

dants, elles seraient régies par contrat de droit privé. Les EMS auraient donc toute liberté pour fixer leur tarif dans ce cadre, dès lors que le résident l'accepte. Enfin, le Conseil d'Etat relève que, dans la décision du Conseil fédéral du 20
décembre 2000, le montant remboursable a été fixé à 25.- fr. par jour et non à 35.- fr. par jour comme les recourants le demandent.
7.
7.1 Les prestations de soins dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins sont celles définies aux art. 25 à 31 LAMal, compte tenu des conditions des art. 32 à 34 LAMal (cf. art. 24 LAMal). L'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins énumère de manière plus précise les prestations de soins que l'assurance obligatoire des soins doit nécessairement assumer, ne doit assumer qu'à certaines conditions ou ne peut aucunement assumer. Ce catalogue est exhaustif, ce qui signifie que l'assurance obligatoire des soins ne peut supporter d'autres prestations de soins que celles qui sont expressément mises à sa charge par la loi ou ses dispositions d'exécution (art. 34 al. 1 LAMal; cf. Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 I p. 77 ss, spéc. p. 115; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2e éd., Berne 1997, p. 159; Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle 1996, p. 55 lettre a).
S'agissant d'un séjour en EMS, l'assureur rembourse les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile, un mode de rémunération forfaitaire pouvant toutefois être convenu (art. 50 LAMal). A cet égard, l'art. 7 al. 2 OPAS définit plus précisément les soins dispensés dans un EMS et pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
Les tarifs et les prix des prestations de soins sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente (art. 43 al. 4 LAMal). Si aucune convention tarifaire ne peut être conclue, le gouvernement cantonal fixe le tarif, après avoir consulté les partenaires concernés (art. 47 al. 1 LAMal). A défaut d'entente sur le renouvellement d'une convention tarifaire, le gouvernement cantonal peut la prolonger d'une année et après ce délai, si nécessaire, fixer le tarif après avoir consulté les intéressés (art. 47 al. 3 LAMal).
Selon l'art. 44 al. 1 LAMal, les fournisseurs de prestations de soins doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations de soins fournies en application de cette loi (protection tarifaire).
7.2 Comme le Conseil fédéral l'a précisé dans sa décision du 20 décembre 2000 (cf. p. 60 s., consid. II 4.2 et 4.3), s'agissant des prestations de soins dispensées dans les EMS, seuls doivent être recensés et compris dans un éventuel forfait au sens de l'art. 50 LAMal les coûts directement liés aux soins pris en charge, partiellement ou entièrement, par l'assurance de base en vertu de l'art. 7 al. 2 OPAS. Un forfait global contenant les coûts de toutes les prestations effectuées dans l'EMS ou en relation avec le séjour du résident dans l'EMS peut également être prévu, selon le Conseil fédéral, mais uniquement si ces prestations sont séparées clairement de celles de l'art. 7 al. 2 OPAS et s'il est tenu compte des tarifs spécifiques applicables à ces prestations. En revanche, il n'est pas autorisé de fixer un tarif qui comprendrait d'autres prestations sans lien avec le séjour en EMS. Il en découle, comme l'a déjà relevé le Tribunal fédéral dans sa décision du 24 juillet 2000, qu'un forfait au sens de l'art. 50 LAMal ne peut englober:
- le solde du coût des soins assumés partiellement par les assureurs-maladie en vertu de l'art. 7 al. 2 OPAS,
- le coût des soins non couverts par les assureurs-maladie,
- le coût des soins effectués par d'autres fournisseurs de prestations et supportés par les assureurs-maladie en vertu d'autres dispositions,
- les quotes-parts et franchises des assurés au sens de l'art. 64 LAMal,
- les frais généraux d'infrastructure et d'exploitation, expressément exclus par l'alinéa 3 de l'art. 7 OPAS,
- ni, surtout, les frais socio-hôteliers. Ceux-ci doivent donc être financés par d'autres sources, à savoir les ressources personnelles des patients (notamment les rentes AVS/AI, les prestations de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; RS 832.20]et les prestations complémentaires, voire les revenus des deuxième et troisième piliers), ainsi que par des subventions publiques (cf. Message cité, p. 110 et Maurer, op. cit., p. 70 lettre fff).
8.
8.1 Outre le tarif des prestations de soins, l'Arrêté 1998 fixe la participation journalière aux frais socio-hôteliers des personnes hébergées et, le cas échéant, celle des régimes sociaux (cf. art. 1). L'examen des tarifs prévus

confirme - ce que le Conseil d'Etat par ailleurs admet - l'existence d'un système dit de "vases communicants" entre le tarif socio-hôtelier et le tarif des soins, de sorte que, pour chaque éventualité, le total des forfaits des soins et socio-hôteliers soit pratiquement identique. En d'autres termes, il ressort d'un examen attentif du tarif cantonal 1998 et du tarif intermédiaire 1998 (applicable en cas de recours avec effet suspensif contre l'arrêté) figurant à l'annexe II de l'Arrêté 1998 que si le tarif cantonal est remplacé par le tarif intermédiaire (cf. art. 9 et 10 de l'arrêté), un montant d'environ 25.- fr. est transféré du tarif des prestations de soins à celui des prestations socio-hôtelières, le total des deux forfaits (tarif cantonal/tarif intermédiaire) étant chaque fois quasiment identique. Or, comme l'ont expliqué le Tribunal fédéral dans son arrêt du 24 juillet 2000 concernant l'Arrêté 1997 et le Conseil fédéral dans sa décision du 23 juin 1999 ainsi que dans celle subséquente du 20
décembre 2000, un tel procédé viole le principe de la force dérogatoire du droit fédéral, dans la mesure où il tend à éluder la protection tarifaire de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.
En procédant de la sorte, le Conseil d'Etat confond les soins pris en charge par les assurances-maladie en vertu de l'art. 7 al. 2 OPAS (les seuls pouvant être inclus dans un forfait selon l'art. 50 LAMal) avec le solde du coût des soins assumés partiellement par les assureurs-maladie en vertu de l'art. 7 al. 2 OPAS, le coût des soins non couverts par les assureurs-maladie, le coût des soins effectués par d'autres fournisseurs de prestations et supportés par les assureurs-maladie en vertu d'autres dispositions, les quotes-parts et franchises des assurés et, enfin, les frais socio-hôteliers. Cette confusion le conduit par ailleurs à édicter des tarifs socio-hôteliers qui ne correspondent pas seulement aux frais socio-hôteliers effectifs, mais couvrent également d'autres coûts que ceux mentionnés par leur intitulé. En effet, si l'on compare le tarif cantonal et le tarif intermédiaire pour ce qui concerne les frais socio-hôteliers, on constate que le premier est beaucoup moins élevé que le second, qui comprend des frais que le Conseil d'Etat avait primitivement l'intention de faire supporter aux assureurs, en violation de la loi fédérale sur l'assurance-maladie selon le Conseil fédéral.
8.2 En vertu de la protection tarifaire découlant de l'art. 44 LAMal, il est exclu que les assurés reçoivent une facture supplémentaire pour des prestations accordées selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (cf. Message cité, p. 157). En d'autres termes, on ne peut exiger des résidents ou de leur assurance que les prix ou tarifs convenus selon l'art. 43 LAMal. En conséquence, même si le tarif cantonal figurant à l'annexe II de l'Arrêté 1998 ne suffit pas à couvrir les frais entraînés par les prestations de soins mises à la charge de l'assurance de base en vertu de l'art. 7 al. 2 OPAS, l'insuffisance éventuelle ne peut être reportée sur les assurés: elle doit donc être comblée par d'autres ressources, le cas échéant par des contributions des collectivités publiques.
Par ailleurs, le coût des prestations socio-hôtelières et celui des soins qui ne sont pas mis à la charge de l'assurance obligatoire des soins en application de l'art. 7 al. 2 OPAS ou d'autres dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ne sauraient être supportés par les assureurs-maladie, sous peine de violer l'art. 34 al. 1 LAMal.
Il résulte de ce qui précède que la protection tarifaire découlant de l'art. 44 LAMal interdit que les assurés supportent, que ce soit sous la rubrique intitulée "frais socio-hôteliers" ou à un autre titre, le financement des prestations de soins tombant sous le coup de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.
Comme l'a précisé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 24 juillet 2000, l'interdiction concerne tant les résidents qui bénéficient d'aides sociales de l'Etat que les résidents financièrement indépendants. S'il est vrai que le champ d'application de l'Arrêté 1998 est limité aux résidents en EMS au bénéficie des régimes sociaux - vu le renvoi des art. 7 et 10 aux trois lois cantonales mentionnées en préambule de l'arrêté, lesquelles définissent ces régimes sociaux - et que les EMS restent donc libres, en principe, de fixer, dans une relation contractuelle, le prix de leurs prestations socio-hôtelières à leurs résidents disposant de moyens financiers suffisants, cela ne veut cependant pas dire que les EMS puissent s'écarter sans motifs des tarifs officiels pour des prestations identiques. Il y a lieu également de relever que la notion de relation contractuelle suppose qu'il y ait entre les EMS et les résidents concernés un accord sur un prix, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, ou n'a du moins pas été démontré. En outre, une éventuelle relation contractuelle entre les EMS et les résidents disposant de moyens financiers suffisants ne pourrait concerner, en vertu de l'art. 44 LAMal, que des prestations socio-hôtelières effectives. Il
n'est pas exclu que les résidents financièrement indépendants puissent bénéficier de prestations qui vont au-delà du standard de base compris dans les tarifs socio-hôteliers, qui pourraient leurs être facturées en sus. Il n'est cependant pas autorisé d'inclure dans lesdites prestations, même par contrat, d'autres éléments, notamment la part des soins non remboursée par les assureurs-maladie selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie.
8.3 Comme exposé précédemment (cf. supra consid. 7), la protection tarifaire est limitée aux prestations de

soins accordées selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie, pour lesquelles une facturation supplémentaire est exclue. Il est vrai que l'on ne peut exclure que dans la part des soins non remboursée par les caisses-maladie figurent, par exemple, des soins non soumis à la loi fédérale sur l'assurance-maladie ou des soins qui devraient être facturés séparément. Il appartient toutefois au Conseil d'Etat de démontrer que des frais liés à des prestations de soins qui ne tombent pas sous le coup de la loi fédérale sur l'assurance-maladie font l'objet d'une facturation comprise dans les tarifs socio-hôteliers. Pour 1998, le Conseil d'Etat ne fournit cependant aucune explication sur ce qui est inclus dans la part des soins que le Conseil fédéral a exclue du forfait mis à la charge des caisses-maladie; il n'explique pas non plus en quoi ces prestations pourraient être mises à la charge des assurés sans violer la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Or, comme l'a relevé le Tribunal fédéral, il serait judicieux que ces diverses prestations soient clairement distinguées - tant dans leur financement que dans leur facturation, car
leurs débiteurs ne sont pas interchangeables (assureurs-maladie, EMS, résidents, collectivités publiques) -, ce qui n'exclut pas l'établissement de forfaits.
8.4 Il découle de ce qui précède que le tarif socio-hôtelier intermédiaire instauré par les art. 7 al. 2 1er tiret et 10 de l'arrêté litigieux viole l'art. 49 Cst. (cf. art. 2 Disp. trans. aCst.). Ces dispositions et la partie de l'Annexe II y relative doivent donc être annulées.
9.
La recourante 1 demande l'annulation du chiffre 17 des Directives administratives de l'Arrêté 1998 entaché, selon elle, d'arbitraire.
9.1 Cette disposition prévoit que l'ensemble des prestations socio-hôtelières est recensé dans le Standard de la qualité socio-hôtelière figurant dans une directive émise par le service des assurances sociales et de l'hospitalisation (SASH). Celles-là comprennent, d'une part, des prestations standard obligatoirement à la charge de l'établissement et intégralement comprises dans les frais socio-hôteliers journaliers facturables en conformité à l'Annexe II et, d'autre part, des prestations non obligatoirement à la charge de l'établissement qui comprennent des prestations ordinaires supplémentaires (POS) et des prestations supplémentaires à choix (PSAC). Selon le chiffre 17.1, les prestations ordinaires supplémentaires sont constituées de l'ensemble des prestations ou articles usuels, personnellement nécessaires, qui peuvent être facturés en sus des frais socio-hôteliers journaliers et qui peuvent être partiellement ou totalement pris en charge par les régimes sociaux. Pour les prestations supplémentaires à choix, le chiffre 17.2 spécifie qu'elles sont constituées de l'ensemble des prestations ou articles qui ne sont pas strictement nécessaires et qui sont explicitement choisis par la personne afin d'augmenter son confort et lui sont
facturés en sus des frais socio-hôteliers journaliers. Ces prestations ne peuvent être prises en charge par les régimes sociaux.
9.2 La recourante 1 est d'avis qu'il n'est pas admissible de facturer aux pensionnaires des prestations ordinaires supplémentaires qui correspondent en réalité à des prestations nécessaires. Selon elle, les résidents ne connaissent ni la directive du SASH, qui n'a jamais été publiée, ni la liste des prestations comprises dans le forfait socio-hôtelier. En conséquence, ils ne peuvent pas contrôler si des prestations censées être incluses dans ledit forfait ne leur sont pas facturées au titre de prestations supplémentaires, ce qui implique un risque réel d'arbitraire.
Dans ses observations du 3 septembre 1999 et du 18 mai 2001, le Conseil d'Etat relève que les catégories définies par le chiffre 17 sont précisées par une directive du 15 septembre 1997 du SASH, édictée la première fois en 1997, sur la base du chiffre 17 des Directives administratives annexées à l'Arrêté 1997, et prorogée de facto en 1998. Il observe en outre que cette directive n'entre pas dans le cadre des actes pour lesquels, au sens du droit vaudois, une promulgation est exigée. Enfin, il conteste que les résidents n'en aient pas eu connaissance, étant donné que l'ensemble des établissements ainsi que les organismes d'application des aides sociales l'ont reçue et que le service a eu à faire face à de nombreuses demandes de pensionnaires souhaitant obtenir des renseignements de détail sur sa teneur.
Dans sa décision du 24 juillet 2000, le Tribunal fédéral a déjà examiné le grief, soulevé par la même recourante, contre le chiffre 17 des Directives administratives 1997, dont la teneur est identique à celle du chiffre 17 des Directives administratives 1998. Celle-ci a eu connaissance de la directive explicative du 15 septembre 1997. Elle est donc malvenue de se plaindre d'une prétendue méconnaissance de ladite directive. En outre, elle ne fait pas valoir qu'elle-même ou d'autres résidents auraient tenté en vain de se la procurer ou que la communication de son contenu leur aurait été refusée. Par ailleurs, même s'il est vrai que les catégories définies par le chiffre

17 sont vagues et que, malgré les précisions fournies dans la directive, elles demeurent compliquées, la recourante 1 ne démontre pas qu'elles sont insoutenables, partant qu'elles violent l'interdiction de l'arbitraire. Sur ce point, le recours est irrecevable.
10.
Vu ce qui précède, les art. 7 al. 2 1er tiret et 10 de l'Arrêté 1998 ainsi que son Annexe II, dans la mesure où elle concerne le tarif intermédiaire des prestations socio-hôtelières, doivent être annulés. En revanche, il n'y a pas lieu d'annuler les autres dispositions de l'arrêté ni les Directives administratives, dans la mesure où les griefs formés à leur encontre sont rejetés ou déclarés irrecevables.

Arrêté 1999/Soho
11.
La recourante 1 a, dans son mémoire de recours complémentaire du 29 mars 2001, partiellement modifié ses conclusions et limité ses griefs aux art. 4, 5 et 6 de l'Arrêté 1999/Soho, ainsi qu'aux chiffres 10 et 15 des Directives administratives.
12.
La recourante 1 demande l'annulation de l'art. 4 al. 2 de l'Arrêté 1999/Soho, lequel prévoit que les frais journaliers (à charge des pensionnaires) sont fixés à partir de la méthode de détermination d'un standard de base socio-hôtelier (SOHO) applicable à tous les établissements, y compris l'indexation pour 1999.
12.1 L'intéressée fait valoir que ni la démarche ni les résultats de cette méthode n'ont été publiés. Un tel grief, dénué de toute motivation conforme à l'art. 90 al. 1 let. b OJ, n'établit nullement le caractère arbitraire de la méthode utilisée et il est irrecevable.
12.2 La recourante 1 affirme ensuite que, selon le rapport de la Commission d'enquête parlementaire sur les EMS vaudois daté du 30 janvier 2001, cette méthode conduit à une surévaluation des prestations socio-hôtelières qui a conforté le Conseil d'Etat dans sa pratique de coupes linéaires dans les tarifs finalement adoptés. Dans la mesure où l'on ne sait si ces coupes ont été effectuées avant ou après l'adoption des tarifs qui figurent à l'Annexe II de l'arrêté, il subsisterait un risque évident d'arbitraire.
La recourante 1 se contente de faire état de ses doutes à l'encontre de la méthode d'évaluation SOHO, sans toutefois démontrer par une argumentation claire et précise en quoi celle-ci serait arbitraire, ne reposerait sur aucun motif sérieux et objectif ou apparaîtrait insoutenable. Le grief est donc irrecevable (art. 90 al. 1 let. b OJ).
12.3 La recourante 1 soutient encore que cette méthode d'évaluation n'est pas appliquée systématiquement; elle ne l'aurait pas été notamment dans les divisions C des hôpitaux jusqu'en 1999, ce qui serait totalement arbitraire. Sur ce point, le Conseil d'Etat explique que, suite à l'abandon pour le secteur médico-social du système de l'enveloppe budgétaire dès 1998, il a été prévu que les divisions C susmentionnées seraient progressivement financées comme l'ensemble des EMS. Une période de transition de deux ans a toutefois été prévue, durant laquelle les hôpitaux ont analysé et isolé les coûts liés aux longs séjours de pensionnaires, sans que cela n'influence leurs tarifs. Au vu de ces explications, une telle procédure ne saurait être taxée d'arbitraire. Sur ce point, le recours doit donc être rejeté.
13.
13.1 La recourante 1 critique ensuite le deuxième tiret de l'art. 5 de l'Arrêté 1999/Soho, lequel prévoit que les frais journaliers facturés aux personnes hébergées comprennent en particulier la part de soins non payée par les assureurs-maladie conformément à l'arrêté fixant pour 1999 les tarifs des prestations de soins fournies par les EMS. Ce report, prévu par l'art. 10 de l'Arrêté 1999/Soins, serait contraire, selon elle, à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, notamment à son art. 44.
Dans sa décision du 20 décembre 2000, le Conseil fédéral a notamment annulé l'art. 10 de l'Arrêté 1999/Soins (cf. décision citée p. 91 ss, spéc. p. 95 consid. II 10.6) qui instaurait le report critiqué, ainsi que la partie de l'Annexe II y relative et a ordonné le remboursement des montants indûment versés. Il s'ensuit que, sur ce point, le présent recours est devenu sans objet, l'alinéa attaqué ayant perdu son sens suite à l'annulation de la norme qui instituait le report des coûts.
13.2 La recourante 1 conteste par ailleurs les tirets 4 et 5 de l'art. 5 de l'Arrêté 1999/Soho, lesquels englobent dans les frais journaliers facturés aux pensionnaires deux montants forfaitaires journaliers, le premier destiné à financer la méthode permettant l'évaluation de la charge en soins pour 1999, le second destiné à financer la méthode de détermination d'un standard de base socio-hôtelier. Ce grief ne respecte manifestement pas les exi-

gences de motivation de l'art. 90 OJ et doit donc être déclaré irrecevable. Même s'il était recevable, il devrait être rejeté. En effet, la solution choisie par la Conseil d'Etat n'apparaît, au vu des explications fournies par ladite autorité dans ses observations du 3 septembre 1999, ni insoutenable, ni dénuée de fondement et ne peut donc être considérée comme arbitraire (cf. aussi consid. 5 de la présente décision).
13.3 La recourante 1 critique le chiffre 15 des Directives administratives, lequel traite des prestations ordinaires supplémentaires et des prestations supplémentaires à choix. Elle fait valoir que cette disposition a un contenu identique à celui du chiffre 17 des Directives administratives annexées à l'Arrêté 1998 et formule les mêmes critiques. Vu la similitude des dispositions contestées, le grief est irrecevable pour les mêmes motifs que ceux exposés au considérant 9 ci-dessus, auxquels il peut être renvoyé. Au demeurant, qu'une facturation excessive se soit produite dans un cas particulier ne signifie pas encore que la disposition elle-même soit entachée d'arbitraire.
14.
14.1 La recourante 1 critique l'art. 6 de l'Arrêté 1999/Soho ainsi que le chiffre 10 de ses Directives administratives.
Selon la première disposition, les personnes en séjour de longue ou de courte durée au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI ou de la LAA, totale ou partielle, versent à l'établissement qui les héberge un supplément égal au montant de l'allocation mensuelle, en raison de l'aide et de la surveillance personnelle particulière dont elles ont besoin. Les personnes qui entrent dans l'établissement ou le quittent en cours de mois, versent un supplément égal au prorata du nombre de jours d'hébergement. Le chiffre 10 des Directives administratives énumère les montants des différentes allocations mensuelles pour impotent ainsi que le montant journalier dû en cas d'arrivée ou de départ en cours de mois.
14.2 Le Conseil fédéral a jugé cette réglementation admissible à titre provisoire dans sa décision du 23 juin 1999, en relation avec l'Arrêté 1997, ainsi que dans sa décision du 20 décembre 2000, en relation avec l'Arrêté 1998.
La recourante 1 soutient toutefois que le système vaudois serait contraire à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, laquelle interdit qu'un assureur déduise de ses propres prestations le montant de l'allocation pour impotent, ainsi qu'aux diverses lois sociales, notamment aux art. 49 LAVS, 50 al. 1 LAI et 50 al. 2 LAA, qui définissent le but de cette allocation. Elle en déduit que les dispositions querellées violent la force dérogatoire du droit fédéral, ou du moins reposent sur une interprétation insoutenable de ce dernier en avantageant les EMS au détriment des assurés qui sont ainsi privés de prestations dont le but généralement reconnu est de leur permettre de couvrir des frais non à la charge des assurances sociales.
14.3 Le Tribunal fédéral ne peut que confirmer le bien-fondé de la décision du 20 décembre 2000 du Conseil fédéral sur ce point (cf. décision citée, p. 96 à 102, consid. II 11). En premier lieu, il convient de rappeler que l'allocation pour impotent est allouée aux assurés qui, en raison de leur invalidité, ont besoin de façon permanente de l'aide d'autrui et/ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes ordinaires de la vie; le but de cette allocation est de couvrir une partie des frais y relatifs. Comme observé par cette autorité, les personnes qui résident dans un EMS et qui reçoivent une allocation pour impotent, que l'impotence soit légère, moyenne ou grave, bénéficient d'une aide et/ou d'une surveillance fournies par le personnel de l'établissement. Dès lors, le versement de l'allocation à ce dernier permet de concrétiser le principe qui veut que les prestations de l'assurance sociale, et l'allocation pour impotent en particulier, soient utilisées conformément à leur but (cf. art. 45 LAVS, 50 al. 1 LAI et 50 al. 2 LAA). Cela paraît d'autant plus justifié que, dans le cas contraire, on aboutirait à un enrichissement du bénéficiaire de l'allocation pour impotent qui disposerait de moyens supplémentaires pour
s'acquitter du forfait socio-hôtelier, alors qu'il engendre des frais plus importants en raison de son impotence, cet enrichissement intervenant au détriment des autres résidents. La recourante, qui cite la décision du Conseil fédéral, ne soulève à bon droit aucune critique sur l'argumentation exposée ci-dessus. Elle n'indique d'ailleurs pas quels autres frais relatifs à l'impotence resteraient à la charge du bénéficiaire de l'allocation.
Il convient également de rappeler que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, l'allocation pour impotent est destinée à couvrir également d'autres frais que ceux qui sont pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire. En d'autres termes, les montants versés par les assureurs-maladie, même plus importants, ne couvrent pas les mêmes frais que l'allocation pour impotent. Le cumul de l'allocation pour impotent et des prestations de l'assurance des soins ne donne donc pas lieu à surindemnisation du moment que le montant de l'allocation est moins élevé que l'ensemble des coûts dus à l'impotence et supportés par l'intéressé (ATF 127

V 94 consid. 3 et 4; 125 V 297 consid. 5; Jean-Louis Duc; Statut des assurés dans les établissements médico-sociaux selon la LAMal, in: SZS 40/1996 p. 281)
Enfin, la recourante 1 ne prétend pas que les bénéficiaires de l'allocation pour impotent seraient soumis à un tarif socio-hôtelier plus élevé que les autres résidents. C'est ce qu'elle oublie lorsqu'elle soutient que le versement de l'allocation à l'EMS servirait à abaisser globalement le tarif appliqué à l'ensemble des pensionnaires, que l'EMS facturerait ensuite des prestations supplémentaires aux bénéficiaires de ladite allocation précisément en raison de leur impotence, avec le risque de surfacturation. En fait, le versement de l'allocation compense l'aide et/ou la surveillance supplémentaire fournies à son bénéficiaire par rapport aux autres résidents.
Dès lors, l'art. 6 de l'Arrêté 1999/Soho échappe au grief d'arbitraire.
15.
15.1 La recourante 1 critique la différence, figurant dans le tarif socio-hôtelier établi à l'Annexe II, entre le tarif des résidents de type C et celui des résidents de type D, ce dernier étant plus bas. Elle affirme que le Conseil d'Etat a encore effectué un mélange entre la facturation des soins et celle de l'hébergement, ce qui serait incompatible avec les règles légales.
15.2 Le résident de type C se définit comme une personne souffrant d'une affection chronique confirmée par un avis médical et une évaluation de son degré de dépendance, alors que le résident de type D est une personne vivant en EMS sans avis médical et sans évaluation de son degré de dépendance. Les prestations de soins sont payées par les assureurs-maladie, pour les résidents de type C, sous la forme du forfait journalier ainsi que par facturation séparée à l'acte, pour les résidents de type D, uniquement pour les prestations à l'acte. Selon le Conseil d'Etat, la différence entre les tarifs socio-hôteliers tient au fait qu'un certain nombre de prestations considérées comme absolument indispensables aux résidents de type C ne sont pas couvertes par l'art. 7 OPAS et ont été intégrées dans le tarif socio-hôtelier. Ces prestations ne sont pas fournies aux résidents de type D.
15.3 En tant qu'il s'en prend au tarif des résidents de type C, le grief est sans objet, puisque le Conseil fédéral a tranché la question du report des coûts des prestations de soins. En tant qu'il porte sur le tarif des résidents de type D - qui, en principe, sont des pensionnaires en bonne santé -, le grief est particulièrement mal fondé puisque ce tarif ne comprend précisément que des frais socio-hôteliers.
2P.311/1999
Arrêté 09.1999/Soho
16.
16.1 Selon les recourants 2, l'Arrêté 09.1999/Soho mis en relation avec l'Arrêté 09.1999/soins instaure à nouveau un report de la part des prestations de soins non prise en charge par les assureurs-maladie sur les tarifs socio-hôteliers, et donc sur les résidents, comme cela résulterait de façon évidente de la comparaison des tarifs journaliers figurant dans les deux annexes II des arrêtés. En effet, le tarif socio-hôtelier du premier arrêté cité correspondrait à la somme du forfait socio-hôtelier et du supplément pour frais de soins non pris en charge par les assureurs-maladie.
16.2 Conformément à l'échange de vues intervenu entre le Tribunal fédéral et le Conseil fédéral, cette dernière autorité a traité, par attraction de compétence, le recours formé par les recourants 2 tant en ce qui concerne l'Arrêté 09.1999/soins que l'Arrêté 09.1999/Soho. Dans sa décision du 20 décembre 2000, le Conseil fédéral a intégralement annulé l'Arrêté 09.1999/soins et il a annulé le report, sur le tarif socio-hôtelier de l'Arrêté 09.1999/Soho, de la part des prestations de soins non prise en charge par les assureurs-maladie. Sur ce point, le recours des recourants 2 est devenu sans objet.
16.3 Au surplus, les recourants 2 se sont bornés à renvoyer à leurs mémoires précédents quant à l'allocation pour impotent et aux prestations supplémentaires, en demandant l'annulation dans son entier de l'Arrêté 09.1999/Soho et de ses annexes. Ils ne soulèvent à ce sujet aucun grief qui satisfait aux exigences de motivation découlant de l'art. 90 al. 1 let. b OJ. Il s'ensuit que leur recours est irrecevable, dans la mesure où il n'est pas devenu sans objet.

2P.25/2000
Arrêté 2000/Soho
17.
17.1 Dans sa décision du 20 décembre 2000, le Conseil fédéral a, entre autres, annulé le report sur le tarif socio-hôtelier 2000 de la part des prestations de soins non prise en charge par les assureurs-maladie pour violation de l'art. 44 LAMal. En conséquence, le tarif journalier en matière de prestations socio-hôtelières figurant

à l'annexe II de l'Arrêté 2000/Soho a été annulé et remplacé par le même tarif réduit du report litigieux. Les griefs formulés par les recourants 3 à l'encontre de ce tarif, de l'art. 4 de l'arrêté et du chiffre 8 des Directives administratives à la base du tarif sont donc devenus sans objet.
17.2 (Manque dans l'original)
18.
18.1 Les recourants 3 critiquent l'art. 5 de l'Arrêté 2000/Soho et les chiffres 10 et 17b des Directives administratives, qui traitent de l'allocation pour impotent. Ces dispositions sont identiques à celles des arrêtés précédents. Par ailleurs, les recourants 3 formulent les mêmes critiques que celles soulevées dans les précédentes procédures (auxquelles ils renvoient), notamment concernant l'art. 6 de l'Arrêté 1999/Soho. Ce grief doit donc être rejeté pour les mêmes motifs que ceux développés au considérant 14 ci-dessus.
18.2 Citant l'Annexe II de l'Arrêté 2000/Soho, notamment le tableau intitulé "accords tarifaires", les recourants 3 contestent la différence entre les tarifs socio-hôteliers des résidents de type C et ceux de type D et soutiennent qu'il s'agit d'une confusion entre facturation des prestations de soins et des prestations d'hébergement.
Le grief, dans la mesure où il n'est pas devenu sans objet, est infondé pour les mêmes motifs que ceux développés au considérant 15, auquel il peut être renvoyé.
18.3 Dans leur mémoire complémentaire du 29 mars 2001 les recourants 3 critiquent les chiffres 15 et 17c des Directives administratives de l'Arrêté 2000/Soho qui traitent des prestations ordinaires supplémentaires et des prestations supplémentaires à choix. Il n'est pas certain que ce grief, soulevé pour la première fois dans le mémoire complémentaire, soit recevable (cf. ATF 125 I 71 consid. 1d). Toutefois, faute de motivation suffisante, il doit être déclaré irrecevable pour les motifs développés au considérant 9 ci-dessus, les dispositions querellées étant semblables.
19.
Vu ce qui précède, le recours 2P.101/1999 est partiellement admis dans le sens des considérants, dans la mesure où il est recevable et n'est pas devenu sans objet. Les art. 7 al. 2 1er tiret et 10 de l'Arrêté 1998 ainsi que la partie de l'Annexe II y relative sont annulés. Le recours 2P.311/1999 est irrecevable, dans la mesure où il n'est pas devenu sans objet. Le recours 2P.25/2000 est rejeté dans la mesure où il n'est pas irrecevable ou sans objet.
20.
Dans l'affaire 2P.101/1999, Résid'EMS, qui n'a obtenu que partiellement gain de cause, doit supporter un émolument judiciaire réduit (art. 156 al. 1 et 3 OJ), alors que les autres recourants dans la même affaire, qui succombent, doivent en supporter l'intégralité (art. 156 al. 1 OJ). Dans les affaires 2P.311/1999 et 2P.25/2000, les recourants 2 et 3, succombant, doivent supporter les frais judiciaires (art. 156 al. 1 OJ). Bien que la qualité pour recourir ait été refusée à certains des recourants et que pour cette raison les trois recours aient été déclarés irrecevables en ce qui les concerne (cf. consid. 2.3), cela n'influence pas, au regard des critères légaux, la fixation des frais judiciaires. Il ne se justifie donc pas de fixer individuellement les émoluments mis à leur charge, mais bien de prévoir un montant unique pour chaque recours, dû solidairement entre les recourants. Il n'y a pas lieu de mettre un émolument judiciaire à la charge du canton de Vaud, dont l'intérêt pécuniaire n'est pas directement en jeu (art. 156 al. 2 OJ). Enfin, les recourants 1, 2 et 3, qui ne sont pas assistés d'un mandataire professionnel, n'ont pas droit à une indemnité à titre de dépens (art. 159 OJ).
Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1.
Le recours 2P.101/1999 est partiellement admis dans le sens des considérants, dans la mesure où il est recevable et n'est pas devenu sans objet. Les art. 7 al. 2 1er tiret et 10 de l'Arrêté 1998 ainsi que la partie de l'Annexe II y relative sont annulés.
2.
Le recours 2P.311/1999 est irrecevable, dans la mesure où il n'est pas devenu sans objet.
3.
Le recours 2P.25/2000 est rejeté dans la mesure où il est recevable et n'est pas devenu sans objet.
4.
Un émolument judiciaire, partiellement réduit, de 500.- fr. est mis à la charge des recourants 1, soit de Résid'EMS, Association pour le bien-être des Résidents en établissement médico-social, la Section vaudoise de l'Association M._____ Suisse, A._____, B._____ et C._____, solidairement entre eux.
5.

Un émolument judiciaire de 1000.- fr. est mis à la charge des recourants 2, soit de Résid'EMS, Association pour le bien-être des Résidents en établissement médico-social, A._____, D._____, E._____ et F._____, solidairement entre eux.

6.

Un émolument judiciaire de 1000.- fr. est mis à la charge des recourants 3, soit de Résid'EMS, Association pour le bien-être des Résidents en établissement médico-social, A._____, D._____, E._____ et F._____, solidairement entre eux.

7.

Le présent arrêt est communiqué en copie à la représentante des recourants 1, 2 et 3, au Conseil d'Etat du canton de Vaud, ainsi que, pour information, à l'Office fédéral de la justice.

Lausanne, le 12 novembre 2002

Au nom de la IIe Cour de droit public
du Tribunal fédéral suisse

Le président: La greffière: