Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
2P.236/2001 [2]/dxc

Arrêt du 24 juin 2003
IIe Cour de droit public

Composition
MM. et Mme les Juges Wurzburger, Président,
Betschart, Hungerbühler, Müller, Yersin, Favre et Merkli.
Greffière: Mme Ieronimo Perroud.

Parties
1. Résid'EMS, Association pour le bien-être des Résidents en établissements médico-sociaux (EMS), 1000 Lausanne 12,
2. A._____,
3. B._____,
4. C._____, représentée par sa tutrice D._____,
5. E._____,
recourants, tous représentés par Résid'EMS, Association pour le bien-être des Résidents en établissements médico-sociaux (EMS), avenue de Chailly 10, case postale 226, 1000 Lausanne 12,

contre

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

Objet
Décret du 19 juin 2001 instaurant une subvention cantonale couvrant la part du coût des soins non reconnue à charge des assureurs-maladie, pour les personnes qui ne bénéficient pas d'une aide financière individuelle de l'Etat pour leur hébergement dans 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 un décret adopté le 19 juin 2001 par le Grand Conseil du canton de Vaud concernant une subvention cantonale.

Faits:
A.
Jusqu'à la fin de 1996, le coût des prestations de soins et de l'hébergement des résidents d'établissements médico-sociaux (dont 80% environ reçoivent une aide individuelle des régimes sociaux) était réglé par voie conventionnelle 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. Du 1er janvier 1992 au 31 décembre 1995, la participation des assureurs-maladie au coût des soins s'est élevée à 35 fr. par personne et par journée d'hébergement. En 1996, avec l'entrée en vigueur de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), qui prévoit le remboursement des soins en établissement médico-social par l'assurance-maladie à leur prix coûtant, cette participation s'est élevée à 60 fr. par jour et par personne, ce qui correspondait à la moyenne des coûts assumés jusqu'en 1995 à la fois par le forfait des caisses-maladie et la subvention directe de l'Etat. Le coût de l'hébergement était fixé dans l'annexe II tableau A de la convention sous forme d'un prix de pension par jour variant selon les établissements entre 60 fr. et 143 fr., la moyenne étant de 121 fr.
Comme aucune convention n'a pu être conclue pour 1997, le Conseil d'Etat, fondé notamment sur l'art. 47

al. 1 LAMal, a pris un arrêté du 19 mars 1997 complété par trois annexes, fixant le tarif des prestations de soins et des prestations socio-hôtelières fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux. Le tarif des prestations de soins était arrêté à un montant journalier moyen de 75 fr. et celui des prestations socio-hôtelières à un forfait journalier par établissement réduit en proportion, soit de l'ordre de 113 fr. par jour en moyenne. Le tarif des prestations de soins était établi selon une nouvelle méthode dénommée PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) et aboutissait à un coût journalier global par personne de l'ordre de 95 fr., que le Conseil d'Etat entendait mettre par étapes à la charge des assureurs-maladie.

Cet arrêté a fait l'objet de divers recours, en particulier de Résid'EMS et consorts, qui étaient adressés tant au Conseil fédéral, compétent en matière de tarifs de soins (art. 53 LAMal), qu'au Tribunal fédéral, chargé d'examiner la constitutionnalité des tarifs cantonaux socio-hôteliers.
Par décision du 23 juin 1999, le Conseil fédéral a admis les recours et a annulé l'arrêté du 19 mars 1997 en tant qu'il portait sur le tarif des prestations de soins, confirmant toutefois le régime des allocations pour impotents. Il a prorogé le tarif de la convention de 1996, le forfait journalier étant fixé à 60 fr. Il relevait que la méthode PLAISIR utilisée par le canton de Vaud pour établir le tarif des prestations de soins tenait compte des soins requis, et non des soins réellement dispensés. Or, selon les règles d'économie d'entreprise imposées par l'art. 43 al. 4 LAMal, seuls les coûts effectifs pouvaient être pris en considération. Le tarif englobait en outre indûment des prestations de soins non prévues par l'art. 7 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ou Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins; RS 832.112.31). Enfin, selon la protection tarifaire instituée par l'art. 44 al. 1 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 les soins entrant dans le champ d'application de la législation fédérale sur l'assurance-maladie, de sorte que l'assuré n'avait pas à payer une partie du coût des soins à la charge de l'assurance-maladie au motif que les forfaits fixés ne les couvraient pas entièrement.
Dans un arrêt 2P.371/1997 et 2P.372/1997 du 24 juillet 2000, le Tribunal fédéral a admis partiellement les recours dans le sens des considérants dans la mesure où ils étaient recevables et non dépourvus d'objet et a annulé l'arrêté du 19 mars 1997 en tant qu'il fixait les tarifs des prestations socio-hôtelières, pour violation de l'art. 2 Disp. trans. aCst. Il constatait que le système mis en place ne distinguait pas le coût des soins selon qu'ils étaient couverts ou non, totalement ou partiellement, par l'assurance-maladie, facturés séparément ou introduits dans le tarif forfaitaire établi selon l'art. 7 al. 2 OPAS, couverts par l'assurance mais effectués par d'autres fournisseurs, ainsi que les quote-parts et franchises à la charge des assurés et enfin les frais socio-hôteliers. Les tarifs des prestations de soins et des prestations socio-hôtelières fonctionnaient comme des vases communicants et le Conseil d'Etat, en faisant transiter "la part des soins non remboursés par les caisses maladie" d'un tarif à l'autre, violait la protection tarifaire de l'art. 44 al. 1 LAMal.
Statuant le 10 juillet 2002 sur une demande d'interprétation de l'arrêt du 24 juillet 2000 (2P.63/2001), le Tribunal fédéral a précisé que la protection tarifaire s'étendait aussi aux résidents financièrement indépendants, de sorte que le Conseil d'Etat ne pouvait leur faire supporter au titre de frais socio-hôteliers la part du coût des soins non admise par la décision du Conseil fédéral du 23 juin 1999.
Aucune convention relative aux tarifs des prestations de soins et des prestations socio-hôtelières dans les établissements médico-sociaux n'a pu être conclue entre l'Etat de Vaud et ses partenaires pour les années 1998, 1999 et 2000. Aussi le Conseil d'Etat a-t-il adopté trois arrêtés accompagnés d'annexes le 17 février 1999.
Le premier arrêté fixait, pour l'année 1998, en particulier le tarif des prestations de soins (sous forme de huit forfaits journaliers PLAISIR adaptés aux différents établissements et correspondant à huit niveaux de soins, le forfait moyen cantonal étant fixé à 85 fr.) et un tarif forfaitaire journalier des prestations socio-hôtelières également défini par établissement et correspondant à une moyenne cantonale de l'ordre de 103 fr. 90. A cette occasion, le "Standard de la qualité socio-hôtelière" (méthode SOHO) a commencé à être introduit.
Les deuxième et troisième arrêtés fixaient pour 1999 respectivement le tarif des prestations de soins et celui des prestations socio-hôtelières. Le tarif des prestations de soins reprenait le système des huit forfaits journaliers correspondant à huit niveaux de soins selon la méthode PLAISIR et différenciés par établissement, la moyenne cantonale atteignant 94 fr. 85. Le tarif journalier des prestations socio-hôtelières défini par établissement s'élevait à 103 fr. 50 en moyenne cantonale.
Les trois arrêtés comportaient en outre des tarifs intermédiaires applicables en cas de recours qui, en substance,

fixaient dans cette hypothèse les coûts forfaitaires des prestations de soins sur la base d'une moyenne de 60 fr. par jour et reportaient la différence, avec des ajustements, sur les résidents en sus du tarif des prestations socio-hôtelières.
Suite à la décision prise le 23 juin 1999 par le Conseil fédéral, le Conseil d'Etat a adopté encore deux arrêtés du 22 septembre 1999, modifiant ceux du 17 février 1999 pour l'année 1999. Seuls les forfaits des tarifs intermédiaires des prestations de soins (de 60 fr. par jour en moyenne) ont été maintenus; la différence d'environ 35 fr. a été incorporée dans le tarif des prestations socio-hôtelières applicable dès le 1er septembre 1999.
Les cinq arrêtés ont fait l'objet de recours au Conseil fédéral et au Tribunal fédéral, en particulier de Résid'EMS et consorts.
Le 8 décembre 1999, le Conseil d'Etat a édicté deux nouveaux arrêtés pour l'année 2000 fondés sur les mêmes principes que les précédents. L'arrêté concernant le tarif des prestations de soins reprenait les huit forfaits fondés sur une moyenne cantonale de l'ordre de 95 fr. (avec une moyenne de l'ordre de 60 fr. pour le tarif intermédiaire). L'arrêté sur les prestations socio-hôtelières fixait un tarif comprenant un montant (plus élevé par rapport à celui de 1999) équivalant à la différence entre le tarif cantonal et le tarif intermédiaire des prestations de soins, la moyenne cantonale se situant à 141 fr. 10.
Ces deux arrêtés ont également fait l'objet de recours, en particulier de Résid'EMS et consorts.
Par décision du 20 décembre 2000, le Conseil fédéral a partiellement admis les recours de Résid'EMS et consorts contre les quatre arrêtés fixant les forfaits PLAISIR 1998, 1999 et 2000 des 17 février 1999, 22 septembre 1999 et 8 décembre 1999. Il a ramené les forfaits de 1998 aux montants de ceux du tarif intermédiaire (prix 1997) et ceux de 1999 et 2000 à des montants tenant compte d'une moyenne cantonale de 60 fr. par jour. Selon lui, la méthode PLAISIR ne s'appuyait pas suffisamment sur des coûts dûment comptabilisés de prestations effectivement fournies, de sorte que le degré de transparence des coûts était insuffisant. Par ailleurs, le report de la part des prestations de soins, non prise en charge par les assureurs-maladie, sur les tarifs socio-hôteliers violait la protection tarifaire de l'art. 44 al. 1 LAMal. Au surplus, l'attribution de l'allocation pour impotent à l'établissement qui hébergeait l'intéressé, prévue dans l'arrêté sur les prestations de soins pour l'année 1998, pouvait être maintenue à titre transitoire. Quant aux prestations socio-hôtelières, le Conseil fédéral a annulé le tarif figurant dans l'arrêté du 22 septembre 1999, le remplaçant par celui de l'arrêté du 17 février 1999 pour l'année 1999, ainsi que
le tarif de l'arrêté du 8 décembre 1999, lui substituant le même tarif, mais réduit du report de la part des frais de soins non admise. Les montants indûment versés aux établissements par les résidents devaient être restitués d'office et dans les meilleurs délais aux ayants droit. Le Conseil d'Etat avait l'obligation de veiller à ce que les établissements procèdent aux correctifs nécessaires en faveur de chaque ayant droit qui, à défaut, pouvait réclamer individuellement auprès de chaque fournisseur de prestations la restitution des montants dus sur la base de la décision du Conseil fédéral.
Par arrêt 2P.101/1999, 2P.311/1999 et 2P.25/2000 du 12 novembre 2002, le Tribunal fédéral a constaté en particulier que, pour l'année 1998, le report du coût des prestations de soins du tarif forfaitaire des prestations de soins dans celui des prestations socio-hôtelières demeurait entaché de confusion et relevait encore du système dit des "vases communicants" dans le cadre d'une enveloppe globale, interdit par l'art. 44 al. 1 LAMal sur la protection tarifaire. Les recours devaient donc être admis partiellement sur ce point. Au surplus, le Tribunal fédéral a rejeté ou déclaré irrecevables les recours en cause dans la mesure où ils n'étaient pas devenus sans objet suite à la décision du Conseil fédéral annulant les reports de coûts du tarif des prestations de soins dans celui des prestations socio-hôtelières.
B.
Le 19 juin 2001, le Grand Conseil du canton de Vaud a adopté deux décrets.
Le premier, intitulé "Décret sur la contribution des résidents à la couverture des coûts d'investissement des établissements médico-sociaux d'intérêt public et des divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation d'intérêt public du canton de Vaud" (abrégé: décret sur la contribution aux coûts d'investissement) met à la charge des résidents une contribution financière destinée à couvrir totalement ou partiellement les coûts d'investissement de l'établissement où ils sont hébergés. Le montant de la contribution doit être arrêté chaque année par le Conseil d'Etat sur la base de la valeur d'expertise des bâtiments et du terrain, des charges d'investissement supportées par l'établissement, ainsi que de la participation financière aux coûts d'investissement versée par l'Etat à l'établissement en application de la loi vaudoise du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux

de soins (LPFES).
La contribution est facturée au résident par l'établissement puis rétrocédée à l'Etat par compensation. Le décret est entré en vigueur le 1er septembre 2001.
Le second décret, "instaurant une subvention cantonale couvrant la part du coût des soins non reconnue à charge des assureurs-maladie, pour les personnes qui ne bénéficient pas d'une aide financière individuelle de l'Etat pour leur hébergement dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation" (abrégé: décret sur la subvention cantonale) a la teneur suivante:
"But

Article premier.- A la suite de la décision du Conseil fédéral du 20 décembre 2000 en matière de tarifs des prestations de soins fournies par les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de réadaptation (ci-après: les établissements), le présent décret instaure une subvention afin de couvrir la part du coût des soins non reconnue à charge des assureurs-maladie.
Champ d'application

Art. 2.- La subvention concerne les résidents hébergés dans un établissement et qui ne sont pas bénéficiaires d'une aide ressortissant aux législations sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, sur l'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social et sur la prévoyance et l'aide sociales.
Principes

Art. 3.- La subvention est accordée comme suit:
1. Pour les années antérieures à 2001, par le remboursement aux résidents concernés, ou à leurs héritiers, du report sur les tarifs journaliers de la part du coût des soins non reconnue à charge des assureurs-maladie qu'ils ont payée. Lorsque le résident n'a pas payé le report, son remboursement se fait à l'établissement.
2. Dès le 1er janvier 2001, par le versement aux établissements de la part du coût des soins non reconnue à charge des assureurs- maladie.
Modalités

Art. 4.- Les montants journaliers selon les établissements sont arrêtés chaque année par le Conseil d'Etat.
Art. 5.- La contribution est inscrite comme une dépense au budget du Département de la santé et de l'action sociale, Service de la santé publique.
Entrée en vigueur et validité

Art. 6.- Le présent décret entre en vigueur au 1er janvier 2001 et échoit le 31 décembre 2005.
Le Conseil d'Etat ordonne la publication du présent décret, conformément à l'article 27, chiffre 2, de la Constitution cantonale."
Ce décret a été publié dans la Feuille des avis officiels du canton de Vaud du 6 juillet 2001. Il n'a pas fait l'objet d'un référendum et il est entré en vigueur à la date indiquée à son article 6, selon l'arrêté pris le 27 août 2001 par le Conseil d'Etat et publié dans la Feuille des avis officiels du canton de Vaud du 31 août 2001.
C.
Un régime conventionnel a pu être établi pour l'année 2001 s'agissant du coût des prestations de soins et de celui des prestations socio-hôtelières.
Ainsi, l'Association vaudoise des établissements médico-sociaux (AVDEMS), la Fédération patronale des établissements médico-sociaux (FPEMS), la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), les Hospices cantonaux (HC), la Société vaudoise de médecine (SVM) et la Fédération vaudoise des assureurs-maladie (FVAM) ont conclu le 28 mai 2001 une convention fixant 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 (abrégé: convention soins 2001). La convention reprend en particulier l'échelonnement du tarif en huit niveaux de soins évalués selon la méthode PLAISIR, fixés à des montants légèrement plus bas que ceux retenus par le Conseil fédéral pour 2000 et correspondant à une moyenne cantonale de référence de 58 fr. 50. Elle a été approuvée par le Conseil d'Etat le 20 août 2001.

Le 22 août 2001, l'Etat de Vaud, représenté par le Département de la santé et de l'action sociale, l'Association vaudoise des établissements médico-sociaux (AVDEMS), la Fédération patronale des établissements médico-sociaux vaudois (FPEMS), la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) et les Hospices cantonaux (HC) ont conclu une convention relative aux tarifs pour 2001 mis à la charge des résidents et des régimes sociaux, lors d'hébergement dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation reconnus d'intérêt public (abrégé: convention socio-hôtelière 2001). L'annexe I à la convention donne la liste des prix journaliers par établissement qui sont de l'ordre de 118 fr. à 140 fr., la moyenne cantonale (lits C) s'établissant à 123 fr. 65. Les frais journaliers sont déterminés selon un standard de base agréé par les parties contractantes. Les résidents au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI ou de la LAA doivent verser en sus un supplément correspondant à cette allocation.
D.
Le 17 août 2001, Résid'EMS, A._____ au nom de son épouse X._____, B._____ et C._____, représentée par sa tutrice D._____, ont recouru contre les deux décrets et les deux conventions précités auprès du Conseil fédéral. Ils demandent en particulier l'annulation de la convention soins 2001 et de la convention socio-hôtelière 2001, l'extension du champ d'application du décret sur la subvention cantonale aux résidents bénéficiaires d'une aide des régimes sociaux et la modification de son art. 4 dans le sens d'une meilleure prise en charge par l'Etat des frais tombant sous le coup de l'assurance-maladie obligatoire non supportés par les assureurs, ainsi que l'annulation du décret sur la contribution aux coûts d'investissement.
Le 4 septembre 2001, Résid'EMS, A._____ au nom de son épouse X._____, B._____, C._____, représentée par sa tutrice D._____, et E._____ ont déposé un unique mémoire de recours devant le Tribunal fédéral (2P.236/2001), lui demandant d'annuler le décret du Grand Conseil du 19 juin 2001 sur la contribution aux coûts d'investissement, d'annuler les art. 2 et 4 du décret instaurant une subvention cantonale ainsi que, concernant la convention socio-hôtelière 2001, d'en annuler le tarif (annexe I de la convention) et d'ordonner le remboursement des sommes perçues qui dépassent le montant du tarif journalier 2000, éventuellement indexé, sans le report des frais de soins 2000, d'annuler les art. 18 al. 1, 16, 22 et 24 let. b de cette même convention avec remboursement aux ayants droit des allocations pour impotents facturées à tort, d'en annuler l'art. 30 et d'ordonner le remboursement aux ayants droit. Subsidiairement, ils demandent encore l'annulation de la directive du Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) du 17 février 1999, le cas échéant son adaptation au sort réservé à l'allocation pour impotent.
Au terme d'un échange de vues avec le Conseil fédéral, en particulier les correspondances des 22 février 2002 et 19 mars 2002, il a été décidé que le Tribunal fédéral, en premier, jugerait le recours de droit public déposé devant lui contre les deux décrets et contre la convention socio-hôtelière 2001 (à l'exception de l'allocation pour impotent), traitant également les griefs figurant dans le recours administratif adressé au Conseil fédéral, y compris ceux relatifs à l'exécution de la décision du 20 décembre 2000 du Conseil fédéral. Après communication de l'arrêt du Tribunal fédéral, le Conseil fédéral traiterait le recours administratif en tant que dirigé contre la convention soins 2001 et les griefs concernant l'allocation pour impotent (en particulier l'art. 16 de cette convention) et figurant dans la convention socio-hôtelière 2001.
Par ordonnance du 28 mars 2002, le Tribunal fédéral a joint la présente cause 2P.236/2001 et la cause 2P.47/2002, dans laquelle Résid'EMS et consorts ont recouru contre un arrêté du 17 décembre 2001 du Conseil d'Etat fixant pour l'année 2002 les contributions journalières des résidents à la couverture des coûts d'investissement et il a rejeté les requêtes d'effet suspensif, respectivement de mesures provisionnelles, présentées par les recourants.
Le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud conclut au rejet des recours de Résid'EMS et consorts et à la confirmation des deux décrets attaqués ainsi que de la convention socio-hôtelière 2001.
Les parties ont maintenu leurs conclusions lors d'un second échange d'écritures.
Par décision du 12 septembre 2002, le Département fédéral de justice et police a suspendu la procédure pendante devant lui jusqu'à connaissance des arrêts du Tribunal fédéral portant sur le même litige.
E.
Le 1er mars 2002, l'Etat de Vaud, représenté par le Département de la santé et de l'action sociale, l'Association vaudoise des établissements médico-sociaux (AVDEMS), la Fédération patronale des établissements médico-sociaux vaudois (FPEMS), la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) et les Hospices cantonaux (HC) ont conclu une convention relative aux tarifs pour 2002 mis à la charge des résidents et des régimes sociaux, lors d'hébergement dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation reconnus d'intérêt public (abrégé: convention socio-hôtelière 2002).

Cette convention est accompagnée d'une liste des établissements concernés indiquant pour chacun d'eux le coût journalier des prestations socio-hôtelières pour 2002.
Auparavant, soit le 9 novembre 2001, une convention fixant 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 pour 2002 (abrégé: convention soins 2002) a été adoptée par l'Association vaudoise des établissements médico-sociaux (AVDEMS), la Fédération patronale des établissements médico-sociaux vaudois (FPEMS), la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), les Hospices cantonaux (HC), la Société vaudoise de médecine (SVM) et la Fédération vaudoise des assureurs-maladie (FVAM). Le Conseil d'Etat a approuvé cette convention le 6 mai 2002.
F.
Par mémoire du 8 avril 2002, Résid'EMS, B._____, E._____ et F._____ pour son épouse G._____, ont déposé un recours (2P.83/2002) devant le Tribunal fédéral demandant l'annulation de l'annexe I de la convention socio-hôtelière 2002 et le remboursement des sommes perçues qui dépassent le montant du tarif journalier 2000, éventuellement indexé, sans le report des frais de soins 2000, l'annulation des art. 18 al. 1, 16, 22 et 24 let. b, les allocations pour impotents facturées à tort étant remboursées aux ayants droit, ainsi que l'annulation de l'art. 30 avec remboursement aux ayants droit. Subsidiairement, ils concluent à l'annulation de la directive du Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) du 17 février 1999 dans la mesure où elle n'interdit pas de facturer des prestations supplémentaires liées à l'impotence; en cas de poursuite de la facturation, la directive devrait être modifiée pour spécifier ce qui ne peut être facturé aux bénéficiaires de l'allocation.
Le 18 avril 2002, Résid'EMS et consorts ont également recouru au Conseil fédéral contre la convention socio-hôtelière 2002 et la convention soins 2002. S'agissant de la convention soins 2002, ils demandent que des évaluations soient faites au moins tous les six mois et que les montants par niveau de soins et par établissement de la participation de l'Etat aux frais de soins soient publiés. Quant à la convention socio-hôtelière 2002, leurs conclusions sont identiques à celles prises dans le recours adressé au Tribunal fédéral, sauf que l'annulation de l'art. 18 al. 1 de la convention n'est pas demandée.
A la suite de l'échange de vues entre le Conseil fédéral et le Tribunal fédéral des 11 et 18 avril 2002, il a été décidé de répartir les compétences comme pour les conventions 2001, c'est-à-dire que le Tribunal fédéral traiterait en premier les recours dirigés contre la convention socio-hôtelière et le Conseil fédéral, à réception des arrêts du Tribunal fédéral, traiterait de celui portant sur la convention soins 2002 ainsi que sur les dispositions de la convention socio-hôtelière 2002 concernant l'allocation pour impotent (en particulier l'art. 16 de cette convention).
Par ordonnance présidentielle du 25 avril 2002, la requête d'effet suspensif, respectivement de mesures provisionnelles, présentée par les recourants a été rejetée.
Le 12 septembre 2002, le Département fédéral de justice et police a suspendu la procédure jusqu'à connaissance des décisions rendues par le Tribunal fédéral en la cause portant sur les tarifs pour l'année 2001 (recte: 2002) des mêmes prestations.
Le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud conclut au rejet du recours et à la confirmation des deux décrets du Grand Conseil, de l'arrêté du 17 décembre 2001 du Conseil d'Etat et des conventions socio-hôtelières 2001 et 2002. Les parties ont maintenu leurs conclusions lors d'un second échange d'écritures.
G.
Par arrêts de ce jour, après avoir disjoint les causes 2P.236/2001 et 2P.47/2002, le Tribunal fédéral a admis, dans la mesure où il était recevable, le recours de Résid'EMS et consorts 2P.236/2001 en tant qu'il était dirigé contre le décret du 19 juin 2001 sur la contribution des résidents à la couverture des coûts d'investissement des établissements médico-sociaux d'intérêt public et des divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation d'intérêt public du canton de Vaud et a annulé le décret précité. Il a admis, dans la mesure où il était recevable, leur recours 2P.47/2002 et a annulé l'arrêté pris par le Conseil d'Etat le 17 décembre 2001 et fixant pour l'année 2002 les contributions journalières des résidents à la couverture des coûts d'investissement des établissements et divisions susmentionnés.
Egalement par arrêt de ce jour, il a rejeté, dans la mesure où ils étaient recevables, les recours de Résid'EMS et consorts dirigés contre les conventions socio-hôtelières 2001 et 2002 (2P.236/2001 et 2P.83/2002).
Le Tribunal fédéral considère en droit:
1.

En tant qu'il vise le décret du Grand Conseil du canton de Vaud sur la subvention cantonale, le présent recours est dirigé contre un acte législatif cantonal soumis à référendum (art. 27 chiffre 2 Cst./VD du 1er mars 1885, encore applicable en l'espèce) et doit être jugé par une cour siégeant à sept juges (art. 15 al. 3 OJ). Il y a donc lieu de traiter séparément cette partie du recours 2P.236/2001 et de rendre des arrêts distincts selon les actes entrepris dans le mémoire unique des recourants.
2.
Le Tribunal fédéral examine d'office et librement la recevabilité des recours qui lui sont soumis (ATF 129 III 107 consid. 1 et les arrêts cités).
2.1 Le droit vaudois, en vigueur lors de l'adoption du décret attaqué et du dépôt du recours, ne connaissait pas de contrôle direct de la constitutionnalité des actes législatifs cantonaux (art. 4 et 29 de la loi vaudoise du 18 décembre 1989 sur la juridiction et la procédure administratives [LJPA/VD]; cf. par comparaison, l'art. 136 let. a de la Constitution du 22 septembre 2002, entrée en vigueur le 14 avril 2003). Par conséquent, le délai de trente jours de l'art. 89 al. 1 OJ pour déposer un recours de droit public contre un arrêté cantonal de portée générale court dès la publication de cet acte dans la Feuille des avis officiels du canton de Vaud. Lorsqu'il s'agit d'un arrêté soumis à référendum facultatif et que le référendum n'est pas utilisé, le délai commence à courir au moment où l'autorité compétente donne officiellement connaissance du fait que l'arrêté est promulgué pour être exécutoire dans tout le canton, le référendum n'ayant pas été utilisé (cf. ATF 124 I 297 consid. 1 et les arrêts cités).

En l'espèce, le décret attaqué a été publié d'abord dans la Feuille des avis officiels du canton de Vaud du 6 juillet 2001 puis, à l'expiration du délai référendaire, le 31 août 2001. Le présent recours a donc été déposé en temps utile.
2.2 Lorsque le recours est dirigé comme en l'espèce contre un arrêté 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 l'acte attaqué ou pourront l'être un jour. Une simple atteinte virtuelle suffit, pourvu qu'il y ait un minimum de vraisemblance que le recourant puisse un jour se voir appliquer les dispositions prétendument inconstitutionnelles (ATF 128 I 206 consid. 1.2; 125 II 440 consid. 1c; 125 I 369 consid. 1a, 474 consid. 1d et la jurisprudence citée).
Une association peut agir par la voie du recours de droit public en vue de sauvegarder les intérêts de ses membres, quand bien même elle n'est pas elle-même touchée par l'acte entrepris. Il faut notamment qu'elle ait la personnalité juridique et que la défense des intérêts de ses membres figure parmi les buts statutaires. En outre, ses membres doivent être personnellement touchés par l'acte litigieux, du moins en majorité ou en grand nombre (ATF 129 I 113 consid. 1.6 et les arrêts cités).
Le Tribunal fédéral a déjà constaté qu'en tant qu'association, Résid'EMS remplit les conditions posées par la jurisprudence pour avoir la qualité pour recourir. Il est des plus douteux, en revanche, que ses consorts aient cette qualité. En effet, A._____, qui prétend agir au nom de sa femme X._____, n'établit nullement en avoir le mandat. Il n'indique pas non plus, pas plus d'ailleurs que B._____, C._____, par l'intermédiaire de sa tutrice D._____, et E._____, quels intérêts personnels juridiquement protégés seraient touchés, même virtuellement, par l'acte attaqué. En particulier, ils ne font pas valoir que, pour les années considérées, ils auraient recouru à une aide sociale - totale ou partielle - et se seraient vus privés du droit à la subvention instaurée par le décret mis en cause. Toutefois, vu l'issue du recours, la question peut demeurer indécise.
2.3 Selon l'art. 90 al. 1 let. b OJ, l'acte de recours doit - sous peine d'irrecevabilité - contenir "un exposé des faits essentiels et un exposé succinct des droits constitutionnels ou des principes juridiques violés, précisant en quoi consiste la violation". Lorsqu'il est saisi d'un recours de droit public, le Tribunal fédéral n'a donc pas à vérifier, de lui-même, si la décision attaquée est en tout point conforme au droit et à l'équité. Il n'examine que les moyens de nature constitutionnelle invoqués et suffisamment motivés dans l'acte de recours. Le recourant ne saurait se contenter de soulever de vagues griefs ou de renvoyer aux actes cantonaux (ATF 129 I 113 consid. 2.1 et la jurisprudence citée). Ainsi, lorsqu'un recourant demande l'annulation d'articles de loi, il doit invoquer les moyens visant chacune des dispositions de ces articles, sans quoi seuls les passages véritablement attaqués pourront, le cas échéant, être cassés; au surplus, il y aura annulation totale si, vu l'inconstitutionnalité de certains passages ou de certains articles, le reste de la loi n'a plus de sens (ATF 123 I 112 consid. 2c; 119 Ia 197 consid. 1d; 118 Ia 184 consid. 2). En outre, dans le recours pour arbitraire, le recourant ne peut pas se contenter de critiquer l'acte entrepris comme il le ferait dans une procédure d'appel où l'autorité de recours

peut revoir librement l'application du droit (ATF 117 Ia 10 consid. 4b; 110 Ia 1 consid. 2a; 107 Ia 186 et la jurisprudence citée). Il doit préciser en quoi l'acte attaqué serait arbitraire, ne reposant sur aucun motif sérieux et objectif, apparaissant insoutenable ou heurtant gravement le sens de la justice (ATF 110 Ia 1 consid. 2a).
C'est à la lumière de ces principes que doivent être appréciés les griefs des recourants.
3.
Les recourants se plaignent tout d'abord d'une violation de l'art. 44 al. 1 LAMal sur la protection tarifaire et d'une exécution imparfaite de la décision du Conseil fédéral du 20 décembre 2000. Ils invoquent implicitement la primauté et le respect du droit fédéral garanti par l'art. 49 Cst. et demandent l'annulation de l'art. 2 du décret.
3.1 Selon l'art. 49 al. 1 Cst., 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. 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 128 I 206 consid. 4.3; 127 I 60 consid. 4a; 125 II 56 consid. 2b, 315 consid. 2a). Selon l'art. 49 al. 2 Cst., la Confédération veille à ce que les cantons respectent le droit fédéral, ce qui consiste en une exécution correcte et uniforme du droit fédéral et s'étend en principe aux autres activités des cantons. A ces fins, la Confédération peut prendre les mesures qui s'imposent, parmi lesquelles figurent en particulier la sommation, la réclamation auprès du Tribunal fédéral, l'instruction dans le cas d'espèce et l'exécution par substitution (Message du 20 novembre 1996 relatif à une nouvelle Constitution fédérale FF 1997 I 7 ss, spéc. p. 217 ss). Saisi d'un recours portant sur le contrôle abstrait de normes cantonales au regard de l'art. 49 Cst., le Tribunal fédéral examine librement la conformité de la règle de droit cantonal avec
le droit fédéral. Il n'annule cependant la disposition cantonale que si elle ne se prête à aucune application ou interprétation conforme à la Constitution (ATF 128 I 206 consid. 4.4 et les arrêts cités).
3.2 L'art. 44 al. 1 LAMal prévoit que les fournisseurs de prestations 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 fournies en application de la législation sur l'assurance-maladie (protection tarifaire). La protection tarifaire peut être opposée aux fournisseurs de soins tant par l'assuré que par l'assureur et limite leur liberté de contracter. Sous réserve des exceptions prévues par la loi, des rémunérations supplémentaires ne peuvent donc pas être réclamées par le fournisseur de soins et la part des frais non couverte ne peut être mise à la charge ni de l'assureur, ni de l'assuré. Il appartient aux fournisseurs de prestations d'assurer leur fonctionnement avec une rémunération inférieure, à moins que les collectivités publiques ne versent des subventions complétant le financement des prestations de soins fournies (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle et Francfort-sur-le-Main 1996, p. 81/82; Eugster, Krankenversicherung, nos 321ss, in Koller/Müller/Rhinow/Zimmerli, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Ulrich Meyer-Blaser, Soziale Sicherheit, Bâle, Genève, Munich 1998). Cela vaut également lorsque
les tarifs et les prix sont fixés, non par convention, mais par l'autorité compétente, soit un gouvernement cantonal (art. 47 LAMal), le cas échéant par le Conseil fédéral, à la suite de recours (art. 53 LAMal). Cette réglementation suppose donc implicitement que le fournisseur de soins qui a obtenu une rémunération supérieure aux tarifs et aux prix autorisés la rembourse à celui qui l'a payée à tort soit, en règle générale, à l'assuré ou à l'assureur.
3.3 En l'espèce, le Conseil fédéral a jugé, dans sa décision du 20 décembre 2000, que les tarifs de soins adoptés par le Conseil d'Etat du canton de Vaud pour les années 1998 à 2000 étaient trop élevés et a ordonné la restitution du trop perçu aux résidents par les établissements concernés. Contrairement à ce que semble croire les recourants, ni l'art. 44 LAMal ni aucune autre disposition de droit fédéral, en particulier de la législation sur l'assurance-maladie, ne fait obligation au canton - même s'il a lui-même arrêté des tarifs jugés trop élevés sur recours - de prendre à sa charge le déficit résultant de la réduction des tarifs. Il n'est pas légalement tenu d'assurer la survie des fournisseurs de soins concernés, soit des établissements médico-sociaux et divisions pour malades chroniques, dont les revenus sont réduits. Au plan de l'assurance-maladie, ses obligations financières figurent essentiellement aux art. 65 ss LAMal (réduction des primes par les cantons) et implicitement à l'art. 49 al. 1 LAMal (participation aux frais des hôpitaux). Il est vrai que, dans sa décision du 20 décembre 2000, le Conseil fédéral rappelle sa recommandation adressée aux gouvernements cantonaux à l'occasion de l'introduction, en 1997, des
tarifs-cadre de l'art. 9a OPAS, selon laquelle la prise en charge par les cantons, pour une période de transition de quelques années, des frais non couverts par l'assurance-maladie constituerait un geste à la fois opportun et

bienvenu (décision précitée du Conseil fédéral, ch. 10.5 p. 94/95; cf. aussi ch. 10.3 p. 91 ss et ch. 5.2 p. 63). Il n'en demeure pas moins que cette recommandation ne saurait créer une obligation juridique - au demeurant en violation de l'art. 3 Cst. - pour le canton (Maurer, op. cit., p. 87 ss; Eugster, op. cit., no 302 ss).
La décision du Conseil fédéral du 20 décembre 2000 ne dit d'ailleurs rien d'autre lorsqu'elle relève, au chapitre "Résultats" (chiffre 12.3) que "le Conseil d'Etat est invité à veiller à la rétrocession des montants indûment touchés par les établissements, en faveur de chaque pensionnaire ou ayant droit concerné". Il en va de même du chiffre 10 du dispositif de la décision dont la teneur sans ambiguïté est la suivante: "L'interdiction du report des prestations de soins non pris en charge par les assureurs-maladie entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2000 a pour conséquence que les montants versés indûment aux établissements par les personnes hébergées doivent être restitués d'office et dans les meilleurs délais aux ayants droit, soit à la personne hébergée ou à ses descendants. Le Conseil d'Etat a l'obligation de veiller à ce que les établissements procèdent aux correctifs nécessaires en faveur de chaque ayant droit. A défaut, les ayants droit sont fondés à réclamer individuellement auprès de chaque fournisseur de prestations la restitution des montants qui leurs sont dus sur la base de la présente décision."
3.4 En l'espèce, suivant la recommandation du Conseil fédéral, le canton de Vaud a adopté le décret attaqué, instaurant une subvention afin de couvrir la part du coût des soins non reconnus à charge des assureurs-maladie. Il a donc pris à sa charge les remboursements ordonnés par la décision précitée du Conseil fédéral, se substituant aux établissements concernés pour l'exécution de cette décision, car ces derniers ne pouvaient l'assumer faute de liquidités, la rémunération indue obtenue représentant, selon le Conseil d'Etat, une partie du coût réel total des salaires du personnel et des frais d'exploitation (cf. Bulletin du Grand Conseil, session juin 2001, séance du 12 juin 2001, p. 1091 ss et 1345 ss). L'art. 2 du décret limite, il est vrai, le bénéfice de la subvention aux résidents qui ne sont pas tributaires d'une aide financière individuelle de l'Etat, en application des législations sur les prestations complémentaires AVS et AI, sur l'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social et sur la prévoyance et l'aide sociales, c'est-à-dire aux résidents financièrement indépendants. Seuls ces derniers ont toutefois versés des montants indus reportés du tarif des prestations de soins sur celui des prestations socio-
hôtelières et ont droit en conséquence à leur remboursement. Les résidents bénéficiant des aides précitées n'ont en principe procédé eux-mêmes à aucun versement indu du moment que ce sont précisément les collectivités publiques qui ont supporté les coûts des prestations socio-hôtelières et des reports de coûts tels qu'ils résultaient des tarifs annulés.
Rien dans l'argumentation des recourants ne permet de voir en quoi le système mis en place par le décret violerait le droit fédéral et ne représente pas, dans son principe, une exécution fidèle de la décision prise le 20 décembre 2000 par le Conseil fédéral.
3.5 Les recourants critiquent encore l'art. 2 du décret qui, selon eux, exclurait tout remboursement à des résidents ne bénéficiant que d'une aide partielle des collectivités publiques.
Il est exact que cette disposition ne règle pas expressément cette situation. Rien n'empêche toutefois le Département de la santé et de l'action sociale de l'interpréter conformément à la Constitution, dans le respect de la décision du Conseil fédéral et du principe d'égalité de traitement et de régler les cas limites dans le cadre d'une pratique conforme au droit fédéral. A cet égard, cela ne signifie pas que tout bénéficiaire d'une aide partielle pourrait d'office prétendre à un remboursement, total ou partiel, du report des coûts des prestations de soins. Encore faut-il qu'il se soit acquitté, par ses propres moyens, non seulement du prix des prestations socio-hôtelières considéré comme licite, mais aussi des suppléments indus résultant du report des coûts des prestations de soins. Le canton peut ainsi, sans violer le droit fédéral, limiter la rétrocession à la différence entre le montant à rembourser, financé par le résident en sus des autres prestations, et l'aide versée au résident à quelque titre que ce soit (prestations complémentaires AVS/AI; LAPRHEMS; LPAS), un solde positif en faveur du résident n'apparaissant que lorsque le montant à rembourser est supérieur à l'aide obtenue, après réexamen de son montant et compte
tenu des charges réduites ensuite de la décision du 20 décembre 2000 du Conseil fédéral. Il ressort d'ailleurs du seul cas concret documenté par l'association recourante (et non élaboré par elle, contrairement à ses autres exemples) que l'autorité compétente aurait procédé à un calcul de ce genre.
3.6 En conséquence, les griefs des recourants sont mal fondés et ne justifient nullement l'annulation de l'art. 2 du décret.
4.

Les recourants demandent encore l'annulation de l'art. 4 du décret sur la subvention. Ils critiquent la compétence accordée au Conseil d'Etat de déterminer le montant des subventions ainsi que la procédure adoptée et condamnent une prétendue confusion entre le "remboursement 1999/2000" et la subvention "report de soins pour 2001". L'argumentation confuse des recourants est essentiellement appellatoire et, à ce titre, irrecevable (art. 90 al. 1 OJ). Au surplus, elle est de toute manière mal fondée.
4.1 L'art. 4 du décret prévoit que le Conseil d'Etat arrête chaque année les montants journaliers selon les établissements. Cette disposition représente la concrétisation du chiffre 10 du dispositif de la décision du Conseil fédéral du 20 décembre 2000. En effet ce chiffre renvoie à des tarifs différents selon les établissements pour chaque année et les montants à rembourser doivent s'établir par différence entre ceux appliqués pour l'année en cause pendant la procédure et ceux arrêtés définitivement par le Conseil fédéral. Dès lors, on ne voit pas comment les remboursements pourraient être effectués sans que leur calcul ne soit précisé, d'autant que seuls les montants effectivement versés doivent être restitués. Au surplus, les recourants n'indiquent pas que le Conseil d'Etat se serait écarté des instructions du Conseil fédéral sur ce point.
4.2 Les recourants se plaignent que le Conseil d'Etat ne procède pas au remboursement "d'office" comme l'exige le chiffre 10 de la décision du 20 décembre 2000; les résidents doivent remplir une formule de demande, ce qui serait une manoeuvre dilatoire de l'Etat qui disposerait de tous les renseignements nécessaires. En effet, il suffirait de recourir aux services de la Centrale d'encaissement des établissements sanitaires vaudois ou bien à ceux des établissements médico-sociaux eux-mêmes ou encore à la Caisse cantonale de compensation AVS.
Le décret attaqué ne règle pas la procédure à adopter, il ne saurait être annulé sur ce point. En outre, vu la complexité des éléments sur lesquels se fondent les remboursements à effectuer, il paraît prudent que l'autorité compétente s'entoure de certaines précautions, en vérifie les montants au regard des renseignements fournis également par les résidents intéressés. Ceux-ci ne sont pas démunis à cet égard et peuvent recourir à l'aide de leur famille et amis, de leur représentant légal et des associations qui défendent leurs intérêts, y compris Résid'EMS. Au surplus, les recourants ne font pas valoir que l'autorité compétente aurait refusé de rendre, en cas de litige, une décision motivée et indiquant les voies de droit.
4.3 Enfin, l'argumentation des recourants est dépourvue de pertinence dans la mesure où ils invoquent certaines décisions incidentes prises par le Département fédéral de justice et police pendant la procédure et devenues sans objet depuis la décision du 20 décembre 2000 du Conseil fédéral.
Quant aux subventions de l'année 2001, l'art. 3 al. 2 du décret attaqué prévoit qu'elles sont versées directement aux établissements médico-sociaux. La question de savoir si le tarif socio-hôtelier applicable pour 2001 comprendrait encore des éléments de coûts de soins au bénéfice de la protection tarifaire est une question distincte qui fait l'objet de l'arrêt de ce jour dans les causes 2P.236/2001 et 2P.83/2002. Les griefs des recourants sur ce point - au demeurant incohérents - sont irrecevables.
5.
Mal fondé en tous points, le présent recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable.
6.
Succombant, les recourants doivent supporter les frais judiciaires, solidairement entre eux (art. 156 al. 1 et 7, 153 et 153a OJ). Ils n'ont pas droit à des dépens (art. 159 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:
1.
Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable, en tant qu'il est dirigé contre le décret adopté le 19 juin 2001 par le Grand Conseil du canton de Vaud et instaurant une subvention cantonale couvrant la part du coût des soins non reconnue à charge des assureurs-maladie, pour les personnes qui ne bénéficient pas d'une aide financière individuelle de l'Etat pour leur hébergement dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation.
2.
Un émolument judiciaire de 1'000 fr. est mis à la charge des recourants, solidairement entre eux.
3.
Le présent arrêt est communiqué en copie à la représentante des recourants, au Conseil d'Etat du canton de Vaud ainsi que, pour information, à l'Office fédéral de la justice.
Lausanne, le 24 juin 2003

Au nom de la IIe Cour de droit public
du Tribunal fédéral suisse
Le président: La greffière: