[AZA 0]
2P.371/1997
2P.372/1997

IIe COUR DE DROIT PUBLIC
****

24 juillet 2000

Composition de la Cour: MM. et Mme les Juges Wurzburger, président, Betschart, Hungerbühler, Müller et Yersin.
Greffière: Mme Revey.

_____

Statuant sur les recours de droit public
formés par
d'une part, l'EMS A._____, par sa masse en faillite, l'EMS B._____, l'EMS C._____ et La Fondation D._____, tous représentés par Me Jean-Daniel Théraulaz, avocat à Lausanne (recourants 1) et,
d'autre part, E._____, la Section vaudoise F._____,
G._____, H._____ et I._____, tous représentés par E._____ (recourants 2),

contre
l'arrêté du 19 mars 1997 du Conseil d'Etat du canton de Vaud fixant 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;
(tarif des prestations socio-hôtelières des
établissements médico-sociaux et des divisions
pour malades chroniques des hôpitaux)
Vu les pièces du dossier d'où ressortent
les faits suivants:

A.- Dans le canton de Vaud, 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, aux fins de couvrir les coûts d'exploitation des établissements médico-sociaux ainsi que des divisions et lits médico-sociaux (ci-après: EMS), en faveur des pensionnaires qu'ils accueillent, ont été régies de 1992 à 1996 par trois Conventions vaudoises d'hébergement médico-social (CVHé 1992, 1994 et 1996).

Ces trois Conventions distinguaient le financement de l'activité conventionnelle de celui de l'activité non-conventionnelle (cf. art. 14 ss des CVHé). La première était financée par les participations de l'Etat, des caisses-maladie et des personnes hébergées, alors que l'activité non-conventionnelle était facturée directement à la personne hébergée ou à son répondant. Le budget global adopté annuellement par les partenaires à la Convention était réparti par EMS, chaque établissement se voyant attribuer une enveloppe budgétaire destinée à couvrir l'ensemble des coûts d'exploitation, soit les coûts socio-hôteliers et ceux des diverses prestations de soins.

Les résidents payaient directement à l'EMS leur part des soins non couverte par l'assurance-maladie ou par l'Etat, ainsi que les coûts socio-hôteliers. Ceux qui ne disposaient pas de ressources suffisantes (soit 80% d'entre eux) recevaient une aide individuelle des régimes sociaux, à savoir les prestations prévues par la loi cantonale du 29 novembre 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, par la loi cantonale du 25 mai 1977 sur la prévoyance et l'aide sociales et par la loi cantonale du 11 décembre 1991 d'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social.

Pour assurer ce système de financement, un fonds de compensation a été créé.

Du 1er janvier 1992 au 31 décembre 1995, la participation des assureurs-maladie à ce fonds s'est élevée à 35 fr. par personne et par journée d'hébergement, franchise ordinaire et participation éventuelle déduites.

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 remboursement des soins en EMS par l'assurance-maladie à leur prix coûtant. La participation des assureurs-maladie au fonds de compensation a alors été augmentée à 60 fr. pour 1996 (cf. art. 21 et annexe II B de la CVHé 1996), 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. Ainsi, pour l'essentiel, la part de financement assumée par l'Etat jusqu'à la reconnaissance de l'hébergement médico-social par la loi fédérale sur l'assurance-maladie a été reprise par les assureurs.

En vue de la conclusion d'une nouvelle convention pour 1997, des négociations ont été entamées entre les partenaires mais ont finalement échoué.

B.- Etant donné l'absence de convention tarifaire pour 1997, le Conseil d'Etat a édicté le 19 mars 1997 un arrêté fixant 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.
Cet arrêté se fonde, selon son préambule, sur la loi fédérale sur l'assurance-maladie, en particulier sur ses art. 35 al. 2 lettre k, 39 al. 3, 42 al. 1 et 47 al. 1, ainsi que sur les trois lois cantonales précitées, soit la loi sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI, la loi sur la prévoyance et l'aide sociales et la loi d'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social. Il a été publié dans la Feuille des avis officiels du canton de Vaud des 28 mars et 1er avril 1997. Son entrée en vigueur a été fixée, rétroactivement, au 1er janvier 1997 et sa teneur est la suivante:

"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, 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 (ci-après: les établissements) figurant sur la liste édictée par le Conseil d'Etat, 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 régimes sociaux cités aux articles 6 et 9.
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, dont elles font partie intégrante.

II. Tarifs

Tarif des prestations de soins
Art. 4
Les prestations de soins dispensés dans les établissements font l'objet d'un forfait journalier par établissement, compte tenu des résultats de l'application aux établissements de la méthode de planification informatisée des soins infirmiers requis (PLAISIR).

Pour les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux reconnus d'intérêt public, les forfaits journaliers par établissement sont réduits en proportion d'un forfait journalier moyen de référence de Fr. 75.- pour l'ensemble de ces établissements. Ce forfait de référence résulte de la moyenne pondérée entre le forfait journalier moyen de Fr. 74.- pour les établissements médico-sociaux et de Fr. 85.- pour les divisions pour malades chroniques des hôpitaux.

Pour les établissements médico-sociaux non reconnus d'intérêt public et qui avaient un accord tarifaire avec le Service des assurances sociales et de l'hospitalisation en 1996, les forfaits journaliers résultent de l'application par analogie de la méthode PLAISIR à des établissements reconnus d'intérêt public et dont la population et le type de prise en charge sont similaires.

Les tarifs forfaitaires établis selon les règles susmentionnées figurent à l'annexe II A du présent arrêté, dont elle fait partie intégrante.

Mode de rémunération
Art. 5
Conformément à l'article 42, alinéa 1, LAMal, les assurés sont débiteurs de la rémunération envers les établissements. Ils sont remboursés par leur assureur-maladie selon le système du tiers garant.

Tarif des prestations socio-hôtelières
Art. 6
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 B du présent arrêté, dont elle fait partie intégrante.

Ces frais journaliers comprennent l'indexation 1997 au renchérissement et les annuités en conformité aux conditions fixées par le Conseil d'Etat, la participation des établissements affectée à la formation, à la performance et à la gestion, ainsi que le montant forfaitaire de Fr. 0.50 par jour destiné à financer la méthode permettant l'évaluation de la charge en soins en 1997.

Bénéficiaires de l'allocation pour impotent
Art. 7
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 intermédiaires applicables en cas de suspension de l'arrêté

Tarif intermédiaire des prestations de soins
Art. 8

En cas d'effet suspensif accordé à un recours formé contre le présent arrêté, les forfaits journaliers pour les prestations de soins de chaque établissement, applicables jusqu'à droit connu, figurent à l'annexe III A du présent arrêté, dont elle fait partie intégrante.

Ces forfaits correspondent à ceux de la Convention vaudoise d'hébergement médico-social du 2 février 1996, en vigueur en 1996.

Tarif intermédiaire des prestations socio-hôtelières
Art. 9
En cas d'effet suspensif accordé à un recours formé contre le présent arrêté, le tarif des prestations socio-hôtelières est fixé en conformité aux alinéas 2et 3.

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 III B du présent arrêté, dont elle fait partie intégrante.

Ces frais journaliers sont établis en fonction des enveloppes budgétaires allouées aux établissements pour 1996 et comprennent l'indexation 1997 au renchérissement et les annuités en conformité aux conditions fixées par le Conseil d'Etat, la participation des établissements affectée à la formation, à la performance et à la gestion, ainsi que le montant forfaitaire de Fr. 0.50 par jour destiné à financer la méthodepermettant l'évaluation de la charge en soins en 1997.

L'article 7 est applicable.

IV. Dispositions finales

Litige entre assureurs-maladie et établissements
Art. 10
Les litiges entre assureurs-maladie et établissements relatifs à l'application du présent tarif des prestations de soins, sont tranchés par le Tribunal arbitral des assurances prévu au chapitre IV de la loi du 2 décembre 1959 sur le Tribunal des assurances.

Exécution et entrée en vigueur
Art. 11
Le Département de la prévoyance sociale et des assurances et le Département de l'intérieur et de la santé publique sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui entre en vigueur au 1er janvier 1997. "

L'arrêté est suivi de trois annexes, qui en sont partie intégrante. L'annexe I est constituée par les Directives administratives relatives à l'hébergement médico-social dans les EMS (ci-après: Directives administratives) qui, selon leur chiffre 1, "fixent 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 relatifs à un hébergement médico-social". L'annexe II arrête les tarifs sous forme de forfaits journaliers, en distinguant les forfaits à assumer par les assureurs (tarif des soins II A, prévu par l'art. 4) de ceux à verser par les personnes hébergées (tarif socio-hôtelier II B, prévu par l'art. 6). L'annexe III fixe de la même manière les tarifs dits "intermédiaires" applicables en cas de recours avec effet suspensif (à savoir le tarif des soins III A à la charge des assureurs, prévu par l'art. 8, correspondant à celui de la CVHé 1996, et le tarif socio-hôtelier III B à la charge des personnes hébergées, prévu par l'art. 9). Les tarifs énumèrent l'ensemble des établissements concernés, soit les EMS reconnus d'intérêt public dans le canton (définis par l'art. 3 de la loi cantonale du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt

public [ci-après: loi sur la planification et le financement]), ainsi que six EMS non reconnus comme tels mais qui avaient individuellement conclu en 1996 un accord tarifaire avec le Service des assurances sociales et de l'hébergement (actuellement Service des assurances sociales et de l'hospitalisation).

C.- Le 28 avril 1997, l'EMS A._____, l'EMS B._____, l'EMS C._____ et La Fondation D._____, tous reconnus d'utilité publique (ci-après: recourants 1), ont formé recours auprès du Conseil fédéral contre l'arrêté du Conseil d'Etat du 19 mars 1997. Ils concluaient sur le fond à l'annulation des art. 8 ss de l'arrêté précité, soit des tarifs intermédiaires. Ils demandaient en outre que l'effet suspensif ne soit pas accordé au recours et concluaient subsidiairement à d'autres mesures provisionnelles. Le même jour, ont également recouru contre cet arrêté E._____, la Section vaudoise F._____, G._____, résidant à l'EMS J._____, H._____, époux d'une résidente à l'EMS K._____, et I._____, époux d'une résidente à l'EMS L._____ (ci-après: recourants 2). Ils concluaient sur le fond à l'annulation de l'arrêté dans son entier. Subsidiairement, ils demandaient que "le gouvernement cantonal soit invité à corriger l'arrêté querellé ainsi que ses annexes (...) et à consulter les représentants des résidents en EMS lors de l'élaboration de conventions, de tarifs ou de tous autres textes législatifs ou réglementaires affectant la situation de ces résidents". A titre préliminaire, ils demandaient l'octroi de l'effet
suspensif au recours "accompagné d'un tarif provisoire tenant compte des soins requis et non de budgets historiques".

Le Conseil d'Etat, par le chef du Département cantonal de la justice, de la police et des affaires militaires, s'est exprimé le 24 juin 1997 et aproposé le rejet des recours.

D.- Le 26 août 1997, le Conseil fédéral, par son autorité d'instruction le Département fédéral de justice et police, a ouvert un échange de vues avec le Tribunal fédéral aux fins de déterminer l'autorité compétente pour traiter des recours précités. Au terme de cet échange, il a été convenu que le Tribunal fédéral se chargeait des recours en tant qu'ils concernaient le tarif des prestations socio-hôtelières, dans la mesure où celles-ci se fondaient sur le droit public cantonal et que seul le recours de droit public entrait en ligne de compte à cet égard. En revanche, le Conseil fédéral restait habilité à traiter les recours en tant qu'ils s'en prenaient aux prestations de soins ainsi qu'à l'art. 7 de l'arrêté afférent à l'allocation pour impotent (cet article étant "mixte").

E.- Invité à se déterminer par le Tribunal fédéral, le Conseil d'Etat a formulé ses remarques les 24 novembre et 10 décembre 1997, concluant au rejet des recours en tant qu'ils concernaient le tarif socio-hôtelier.

Interpellés à leur tour, les recourants 1 ont modifié leurs conclusions le 2 février 1998. Au titre de mesures provisoires, ils ont demandé que le forfait socio-hôtelier soit arrêté pour chacun d'eux à un montant correspondant au tarif intermédiaire. Sur le fond, ils ont sollicité l'annulation de l'arrêté litigieux et le renvoi du dossier au Conseil d'Etat pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Le 14 février 1998, les recourants 2 ont également déposé un mémoire complétif et confirmé leurs conclusions.

Enfin, le 18 mars 1998, le Conseil d'Etat s'est déterminé sur les deux mémoires complétifs et a maintenu ses conclusions.

F.- Entre-temps, par décision incidente du 8 septembre 1997, précisée sur requêtes d'interprétation les 28 novembre 1997 et 25 février 1998, le Département fédéral de justice et police a déclaré irrecevables les demandes de mesures provisionnelles des recourants relatives au tarif des prestations socio-hôtelières, dès lors que celui-ci relevait du droit cantonal autonome. En ce qui concerne le tarif des prestations de soins, il a pris des mesures provisionnelles en application de l'art. 56 PA, en vue de pallier le vide juridique résultant de l'échéance de la CVHé 1996 le 31 décembre 1996 (cf. art. 61 de la Convention) et de l'effet suspensif des recours (cf. art. 55 PA). En ce sens, il a prorogé la CVHé 1996 pour tous les EMS signataires de celle-ci, dont les recourants 1 et 2, soit le forfait de 60 fr.
par jour, avec effet rétroactif au 1er janvier 1997 jusqu'à droit connu sur le fond. S'agissant des EMS non

signataires de la Convention, figurant à l'annexe III A de l'arrêté litigieux sous la dénomination "EMS ayant un accord tarifaire avec le Service des assurances sociales et de l'hospitalisation", il a également décidé d'en rester à la situation de 1996.

Le 23 avril 1998, la faillite de l'EMS A._____ a été prononcée.

G.- Par ordonnance du 22 mai 1998, le Président de la IIe Cour de droit public a admis la requête de mesures provisionnelles présentée par les recourants 1, arrêtant également pour chacun d'eux, à l'exclusion de l'EMS en faillite, les forfaits journaliers socio-hôteliers à ceux prévus par le tarif III B, lesquels correspondent, sous réserve de quelques adaptations, aux montants fixés par la CVHé 1996.

Par ordonnance du même jour, le Président de la IIe Cour de droit public a constaté que les recourants 2 renonçaient à requérir l'effet suspensif à leur recours en tant qu'il concernait le tarif socio-hôtelier.

Enfin, par ordonnances du 17 juin 1998, le Président de la IIe Cour de droit public a prononcé la suspension des procédures de recours de droit public jusqu'à droit connu sur les recours administratifs déposés devant le Conseil fédéral.

H.- Le 17 février 1999, le Conseil d'Etat a édicté trois arrêtés, l'un fixant pour 1998 les tarifs des prestations de soins et des prestations socio-hôtelières fournies par les EMS, le deuxième fixant pour 1999 les tarifs des prestations de soins fournies par les EMS et le troisième fixant pour 1999 les tarifs des prestations socio-hôtelières fournies par les EMS.
I.- Par décision du 23 juin 1999, le Conseil fédéral a admis les recours administratifs précités dirigés contre l'arrêté du 19 mars 1997. Il a annulé l'arrêté en ce qui concerne les prestations de soins, en maintenant cependant l'art. 7 concernant l'allocation pour impotent, du point de vue tant des prestations de soins que, par attraction de compétence, des prestations socio-hôtelières. En outre, il a prorogé la CVHé 1996 du 1er janvier au 31 décembre 1997 en ce qui concernait les prestations de soins, pour tous les EMS admis sur la liste 1997 des EMS au sens de l'art. 39 al. 3 LAMal, y compris pour les six EMS non parties à ladite Convention mais qui avaient un accord avec le Service des assurances sociales et de l'hospitalisation, le forfait pour ces six EMS étant également fixé à 60 fr.

En substance, il a considéré que la méthode PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) destinée à calculer le prix des soins, 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. Dans ces conditions, le tarif des soins litigieux devait être annulé.

J.- Le 14 septembre 1999, le Président de la IIe Cour de droit public a ordonné la reprise de la procédure. Au terme d'un nouvel échange d'écritures, les parties ont maintenu leurs conclusions.

Considérant en droit :

1.- Dirigés contre le même arrêté, les deux recours reposent sur le même état de fait et soulèvent des griefs analogues; il se justifie dès lors de joindre les causes par économie de procédure.

2.- Le Tribunal fédéral examine d'office et librement la recevabilité des recours qui lui sont soumis (ATF 126 I 50 consid. 1 p. 52, 81 consid. 1 p. 83).

a) D'après l'art. 53 LAMal, les décisions des gouvernements cantonaux au sens des art. 39, 45, 46 al. 4, 47, 48 al. 1 à 3, 49 al. 7, 51, 54 et 55 peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral.

En l'espèce, la partie de l'arrêté litigieux exécutant ces dispositions (en particulier l'art. 47 LAMal), soit celle

traitant du tarif des prestations de soins, pouvait ainsi faire l'objet d'un recours administratif au Conseil fédéral. C'est du reste ce qui a été convenu au terme de l'échange de vues, étant rappelé que le Conseil fédéral s'est également chargé de vérifier l'application de l'art. 7 concernant l'allocation pour impotent, que ce soit sous l'angle des prestations de soins ou, par attraction de compétence, des prestations socio-hôtelières.

b) Selon l'art. 97 OJ en relation avec l'art. 5 PA, la voie du recours de droit administratif est ouverte contre les décisions fondées sur le droit public fédéral - ou qui auraient dû l'être -, à condition qu'elles émanent des autorités énumérées à l'art. 98 OJ et pour autant qu'aucune des exceptions prévues aux art. 99 à 102 OJ ou dans la législation spéciale ne soit réalisée (ATF 126 I 50 consid. 1p. 52; 126 II 171 consid. 1a p. 173).
En l'occurrence, le recours de droit administratif est irrecevable car le tarif socio-hôtelier attaqué ne relève pas du droit fédéral ou du droit cantonal d'exécution, mais du droit cantonal autonome exclusivement (cf. consid. 4b ci-dessous).

Du reste, cette voie serait de toute façon fermée dès lors que, selon l'art. 99 al. 1 lettre b OJ, le recours de droit administratif est irrecevable contre des décisions concernant des tarifs (sauf en matière d'assurance privée et de perception de droits d'auteur), à savoir lorsque la décision attaquée a pour objet, comme en l'espèce, la fixation ou l'approbation d'un tarif dans son ensemble ou lorsque le recours vise directement des clauses tarifaires en tant que telles (ATF 122 II 252 consid. 1 p. 255; 104 Ib 412 consid. 1b p. 416). Il en va de même pour le recours de droit administratif devant le Tribunal fédéral des assurances (cf. art. 128 OJ), car l'art. 129 al. 1 lettre b OJ prévoit également que le recours de droit administratif n'est pas recevable contre des décisions concernant des tarifs (ATF 125 V 101 consid. 3b p. 104).

c) Seule reste ouverte la voie subsidiaire du recours de droit public (art. 84 al. 2 OJ), pour autant que les conditions en soient remplies.

aa) 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).

bb) Les présents recours sont recevables comme recours de droit public en tant qu'ils s'en prennent aux articles de l'arrêté traitant des prestations socio-hôtelières, à l'exclusion de l'art. 7 (traité par le Conseil fédéral conformément au consid. 2a ci-dessus), dès lors qu'il s'agit de droit cantonal autonome. Par ailleurs, les "Directives administratives", qui s'adressent aux administrés auxquels elles confèrent des droits et imposent des obligations, peuvent également être attaquées par la voie du recours de droit public (ATF 122 I 44 consid. 2 p. 45 s.; 120 Ia 321 consid. 3d p. 326; 114 Ia 452 consid. 1a p. 455; 105 Ia 349 consid. 2a p. 351 ss; voir aussi Walter Kälin, Das Verfahren der staatsrechtlichen Beschwerde, Berne 1994, 2e éd., p. 142 s.). Enfin, il y a lieu de circonscrire l'objet de la présente cause à l'année 1997, car, si l'arrêté querellé n'est pas limité dans le temps, un nouveau tarif a été édicté pour 1998.

En revanche, sont irrecevables les griefs dirigés contre les dispositions de l'arrêté se limitant à exécuter le droit fédéral, à savoir contre celles traitant des tarifs des prestations de soins qui, d'ailleurs, pouvaient faire et ont fait l'objet d'un recours administratif au Conseil fédéral.
De même, une série de moyens doivent être écartés au motif qu'ils se fondent exclusivement sur une violation de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, laquelle ne régit nullement les prestations socio-hôtelières qui seules sont de la compétence du Tribunal fédéral dans le présent recours.

Pour ces motifs, sont irrecevables les griefs tenant aux art. 4 et 8 de l'arrêté (concernant les tarifs des soins) ainsi qu'aux annexes II A et III A y relatives. Il en va pareillement, s'agissant des Directives administratives, pour les moyens dirigés contre les chiffres 1 (but), 2 (champ d'application), 15-16 (prestations de soins effectuées hors d'un établissement et prestations de soins non à charge des établissements) et 24-25 (transfert en division A ou B d'un établissement hospitalier et absence provisoire d'une personne hébergée). Tel est également le cas des arguments plus généraux des recourants 1 selon lesquels, d'une part, l'arrêté ne tiendrait pas compte des résultats de l'étude PLAISIR et, d'autre part, l'Etat de Vaud aurait obligé les EMS à adhérer à un accord administratif du 19 mars 1997. Enfin, sont irrecevables les griefs des recourants 2 selon lesquels l'arrêté ne

mentionne pas la garantie de la qualité des prestations, ne précise pas si le forfait s'entend franchise ordinaire et participation annuelle déduites, et n'aborde pas davantage le réexamen de la nécessité du placement.

Par ailleurs, sont irrecevables les griefs tenant à l'allocation pour impotent, dès lors que seul le Conseil fédéral était habilité à en traiter, conformément aux conclusions de l'échange de vues, sous l'angle tant des prestations de soins que, par attraction de compétence, des prestations socio-hôtelières. Tel est ainsi le cas des moyens dirigés contre l'art. 7 de l'arrêté et le chiffre 10 des Directives administratives relatifs à ces allocations. Il en va de même pour les griefs des recourants 2 formés à l'encontre du chiffre 19 des Directives administratives (facturation aux personnes hébergées), car les intéressés se limitent à renvoyer à ce propos aux considérations émises à l'encontre de l'art. 7 de l'arrêté.

cc) 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 les arrêtés cantonaux de portée générale (ATF 124 I 11 consid. 1a p. 13, 159 consid. 1bp. 161; 119 Ia 321 consid. 2a p. 324; 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 cantonale vaudoise du 18 décembre 1989 sur la juridiction et la procédure administratives), les présents recours déposés directement devant le Conseil fédéral, puis transmis au Tribunal fédéral, sont recevables de ce pointde vue également.
dd) Lorsque le recours est dirigé, comme en l'occurrence, 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 (ATF 125 II 440 consid. 1c p. 442; 125 I 369 consid. 1a p. 371, 474 consid. 1d p. 477 et la jurisprudence citée).

En l'occurrence, les recourants 1 sont tous des EMS figurant sur les annexes de l'arrêté attaqué, si bien qu'ils sont soumis au tarif litigieux.

S'agissant de l'EMS A._____, il convient de considérer qu'il entend poursuivre la présente procédure en dépit de sa faillite prononcée le 23 avril 1998. En effet, par l'intermédiaire du conseil commun des recourants 1, il a encore déposé des déterminations postérieurement à cette date, notamment en s'opposant le 11 juin 1998 à la suspension du recours dans l'attente de la décision du Conseil fédéral.

Les recourants 2 comportent G._____, résidente d'un EMS cité dans les annexes, qui est à ce titre touchée par l'arrêté attaqué. Ils incluent également H._____ et I._____, époux de résidentes de tels EMS. Il n'est pas certain que ceux-ci aient la qualité pour agir (cf. ATF 109 Ia 91), mais la question peut rester indécise dès lors que le recours 2 est de toute façon recevable et qu'il s'agit d'une procédure de contrôle abstrait.

Les recourants 2 comprennent en outre l'association E._____ et la Section vaudoise F._____. Selon la jurisprudence, une association jouissant de la personnalité juridique est autorisée à recourir sans être elle-même touchée par l'acte attaqué, à condition que ses membres - affiliés soit directement, soit par l'intermédiaire d'une association fédérée qui est elle-même membre (ATF 100 Ia 97 consid.
1b p. 100) - aient individuellement qualité pour agir, que la défense de leurs intérêts constitutionnellement protégés figure parmi ses buts statutaires et qu'enfin l'acte lèse objectivement les membres dans leur majorité ou du moins en grand nombre (ATF 122 I 90 consid. 2c p. 92; 119 Ia 197 consid. 1c/bb p. 201; 114 Ia 452 consid. 1d/bb p. 456).
En l'occurrence, E._____ a la personnalité juridique et a notamment pour but de soutenir les usagers des EMS et de représenter les résidents auprès des autorités publiques. Dès lors, la majorité de ses membres étant touchés par l'arrêté querellé et ceux-ci ayant en principe la qualité pour agir, il convient d'admettre que E._____ est habilitée à recourir.
En revanche, la Section vaudoise F._____ n'a pas la personnalité juridique au niveau cantonal. Elle n'a donc pas la qualité pour agir en son propre nom, de sorte que le recours est irrecevable sous cet angle.

ee) En dehors d'exceptions non réalisées en l'espèce, le recours de droit public ne peut tendre qu'à l'annulation de la décision attaquée (ATF 125 I 104 consid. 1b p. 107; 125 II 86 consid. 5a p. 96). Ainsi, dans la mesure où les recourants demandent autre chose que l'annulation de l'arrêté attaqué - en particulier le renvoi de l'affaire

au Conseil d'Etat -, leurs conclusions sont irrecevables.

ff) 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'espèce, le 1er avril 1997 (cf. ATF 125 II 440 consid. 1b p. 442 et 124 I 145 consid. 1b p. 148). Postés le 28 avril 1997, les présents recours ont donc été formés en temps utile.

3.- Aux termes de 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 p. 76, 492 consid. 1b p. 495; 122 I 70 consid. 1c p. 73, 168 consid. 2b p. 172 s.). En outre, dans un recours pour arbitraire fondé sur l'art. 4 aCst. (cf. art. 9 de la nouvelle Constitution du 18 avril 1999), 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'arrêt attaqué comme il le ferait dans une procédure d'appel où l'autorité de recours peut revoir librement l'application du droit. Il doit démontrer, par une argumentation claire et précise, en quoi l'arrêt 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 p. 3 s.; 107 Ia 186). Le Tribunal fédéral n'entre pas en matière sur les critiques de caractère appellatoire (ATF 117 Ia 412 consid. 1c p. 414 s.).

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 p. 117; 118 Ia 64 consid. 2cp. 72).
C'est à la lumière de ces principes que doivent être appréciés les arguments des recourants.

A cet égard, il convient d'emblée de relever qu'il est étonnant que les recourants n'aient pas ajusté leur argumentation afin de la conformer aux exigences de motivation du recours de droit public, de la limiter à la matière traitée par le Tribunal fédéral et de la réorienter au vu de la décision du 23 juin 1999 du Conseil fédéral, alors qu'ils ont été dûment informés à cet égard et que la possibilité leur a été donnée de compléter leurs mémoires de recours.

4.- a) aa) Selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie, les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 35 al. 1 LAMal) sont, notamment, les hôpitaux (lettre h), les institutions de soins semi-hospitaliers (lettre i) et les établissements médico-sociaux (lettre k), s'ils respectent les conditions posées par l'art. 39 LAMal, en particulier par l'alinéa 3 de cette disposition quant aux établissements médico-sociaux.

bb) Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 et 2 LAMal). Les tarifs peuvent être forfaitaires et, dans ce cas, se rapporter soit au traitement par patient (forfait par patient), soit aux soins par groupe d'assurés (forfait par groupe d'assurés) (art. 43 al. 2 lettre c et 3 LAMal).

Les tarifs et les prix des prestations 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 entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, le gouvernement cantonal fixe le tarif, après avoir consulté les intéressés (art. 47 al. 1 LAMal). De même, lorsque les assureurs et les fournisseurs de prestations ne parviennent pas à s'entendre sur le renouvellement d'une convention tarifaire, le gouvernement cantonal peut la prolonger d'une année et, si aucune convention n'est conclue dans ce délai, il fixe le tarif après avoir consulté les intéressés (art. 47 al. 3 LAMal).

Selon l'art. 44 al. 1 LAMal, 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 cette loi (protection tarifaire).

cc) Les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins sont celles définies aux art. 25 à 31, compte tenu des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 LAMal). Il s'agit en particulier des prestations servant à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal), soit notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire (art. 25 al. 2 lettre a LAMal). Tel est également le cas du séjour en division commune d'un hôpital (art. 25 al. 2 lettre e LAMal) et du séjour dans une institution de soins semi-hospitaliers (art. 25 al. 2 lettre f LAMal). L'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS; RS 832. 112.31) énumère de manière plus précise les prestations 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 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 6 novembre 1991 du Conseil fédéral 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 assume 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 (tant dans sa version du 29 septembre 1995 en vigueur jusqu'au 1er janvier 1998 [RO 1995 4964]que dans sa teneur actuelle) définit plus précisément les soins dispensés dans un EMS et pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

En conséquence, l'assurance obligatoire de base ne supporte, pour les EMS, que le coût des soins proprement dits expressément mis à sa charge par l'art. 7 al. 2 OPAS, et dans la mesure prévue par cette disposition.

Dès lors, 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. A contrario, ce forfait 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 en vigueur depuis le 1er janvier 1998 (RO 1997 2039, 1998 150),
-ni, surtout, les frais socio-hôteliers. Ceux-ci doivent donc être financés par d'autres sources, à savoir par 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 p. 110 et Maurer, op. cit. p. 70 lettre ff).

b) Dans le canton de Vaud, les EMS sont considérés, avec les hôpitaux, comme des établissements sanitaires au sens des art. 144 ss de la loi cantonale du 29 mai 1985 sur la santé publique et des art. 3 ss de la loi cantonale précitée sur la planification et le financement. Selon les dispositions de cette dernière loi, l'Etat participe au financement des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public (art. 25). Il supporte ainsi, sous forme de subventions, les investissements nécessaires à leur rénovation, à leur construction et à leur équipement (art. 26) et peut, à certaines conditions, participer à une convention avec eux (art. 28; dont l'abrogation

prévue par la loi de modification du 10 novembre 1997 n'est pas encore entrée en vigueur).

Ainsi qu'on l'a vu, les contributions de l'Etat, de la Fédération vaudoise des caisses-maladie, de l'Association vaudoise des établissements médico-sociaux et d'autres partenaires, aux coûts d'exploitation des EMS en faveur de leurs pensionnaires, étaient régies de 1992 à 1996 par trois Conventions d'hébergement médico-social. Le forfait versé par les assureurs-maladie s'élevait à 35 fr. jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, puis a été augmenté à 60 fr. Une nouvelle convention tarifaire pour 1997 n'ayant pas pu être conclue, le Conseil d'Etat a édicté le 19 mars 1997 l'arrêté litigieux en vertu, s'agissant du tarif des soins, de l'art. 47 LAMal.

Outre le tarif des prestations de soins, l'arrêté litigieux fixe "la participation journalière aux frais socio-hôteliers des personnes hébergées et, le cas échéant, celle des régimes sociaux" (art. 1er). Les art. 6 et 9 de l'arrêté, qui fondent les tarifs socio-hôteliers figurant aux annexes II B et III B, se réfèrent à cet égard aux trois lois cantonales mentionnées en préambule de l'arrêté. Celles-ci régissent l'octroi de prestations aux personnes disposant de revenus insuffisants, notamment sous forme de prestations complémentaires aux ayants droit de l'AVS/AI qui remplissent les conditions de la loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires AVS/AI (LPC; RS 831. 30 et RO 1965 541 pour sa version initiale en vigueur avant le 1er janvier 1998), subsidiairement aux personnes dont les ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais dus à leur hébergement en EMS, encore plus subsidiairement aux personnes ayant des difficultés sociales et séjournant dans des EMS non reconnus d'intérêt public.

Dans ces conditions, le champ d'application des tarifs socio-hôteliers prévus par l'arrêté litigieux est limité aux résidents en EMS qui bénéficient des régimes sociaux définis par ces trois lois. Les EMS restent libres par ailleurs de fixer, dans une relation contractuelle, le prix de leurs prestations socio-hôtelières à leurs résidents financièrement "indépendants" de l'Etat, soit à quelque 20% de pensionnaires disposant de ressources suffisantes.

5.- Selon les recourants 1, l'application rétroactive de l'arrêté au 1er janvier 1997 viole "les principes les plus élémentaires d'un Etat de droit".
a) Il est douteux que ce grief, qui se limite à la formule précitée, respecte les conditions posées par l'art. 90 al. 1 lettre b OJ. La question peut toutefois rester indécise, dès lors qu'il est de toute façon mal fondé.

b) D'une manière générale, la rétroactivité est considérée comme contraire au principe de la sécurité et de la prévisibilité du droit. D'après la jurisprudence, il est cependant possible de déroger au principe de non-rétroactivité des lois aux conditions cumulatives suivantes: il faut que la rétroactivité soit expressément prévue par la loi, qu'elle soit raisonnablement limitée dans le temps, qu'elle ne conduise pas à des inégalités choquantes, qu'elle se justifie par des motifs pertinents, c'est-à-dire qu'elle réponde à un intérêt public plus digne d'être protégé que les intérêts privés en jeu et, enfin, qu'elle respecte les droits acquis (ATF 125 I 182 consid. 2b/cc p. 186; 119 Ia 254 consid. 3b p. 258 et les références citées).

En l'espèce, l'entrée en vigueur de l'arrêté au 1er janvier 1997 est expressément prévue à son art. 11. Cette rétroactivité est limitée à trois mois avant sa publication le 1er avril 1997, ce qui reste raisonnable. De plus, on ne voit pas quelles sont les inégalités insoutenables qu'elle pourrait entraîner. Enfin, elle se fonde sur des motifs pertinents, car le Conseil d'Etat s'est vu contraint d'élaborer l'arrêté litigieux dans une certaine urgence, afin de combler le vide juridique créé par l'échéance de la CVHé 1996 le 31 décembre 1996 (cf. art. 61 de la Convention) et par l'échec des négociations en vue d'une convention pour 1997.
Dans ces conditions, même s'il eût été plus judicieux d'édicter un tel arrêté avant la date fixée à son entrée en vigueur, sa rétroactivité n'est pas contraire à la Constitution.

6.- Les recourants 1 et 2 s'en prennent à l'art. 6 de l'arrêté et soutiennent que le tarif socio-hôtelier II B est arbitraire. Ils invoquent ainsi, implicitement, l'art. 4 aCst. (9 Cst.).

a) A l'appui, les recourants 1 et 2 relèvent que le tarif socio-hôtelier II B n'est pas fixé d'une manière indépendante, mais en fonction de celui des soins, ce qui est insoutenable.

Les recourants 2 avancent à cet égard que l'examen des tarifs des soins II A et socio-hôtelier II B montre "que le nouveau forfait ne sert dans beaucoup de cas qu'à alléger le poste 'hébergement' au profit du poste 'soins', le total des deux postes restant constant par rapport à l'ancien tarif (prévu par la CVHé 1996). " Toujours selon les recourants 2, "comme il n'y a aucune raison de supposer que le coût de l'hébergement a diminué, il est vraisemblable que les soins ne seront pas améliorés. L'arrêté aura seulement pour effet de transférer à l'assurance-maladie une partie de la charge socio-hôtelière jusqu'ici supportée par les résidents (ou les régimes sociaux). " Enfin, un tel lien entre le tarif des soins II A à charge des caisses-maladie et le tarif socio-hôtelier II B à charge des résidents entraîne le risque que des montants perçus auprès des pensionnaires au titre de frais socio-hôteliers soient utilisés en réalité pour couvrir des frais de soins.

Les recourants 1 soulignent de leur côté l'interdépendance des forfaits des soins et socio-hôteliers dans les tarifs II et III. Ils relèvent à cet égard que l'arrêté est aménagé de la façon suivante: le tarif II prévoit un forfait des soins élevé, mais un forfait socio-hôtelier réduit; en revanche, dans le tarif III applicable en cas de recours avec effet suspensif, un tarif des soins modeste correspond à un forfait socio-hôtelier haussé en conséquence. Cette méthode permet ainsi de maintenir un forfait total identique, qu'un recours avec effet suspensif soit déposé, ou non, contre le nouveau tarif. Or, toujours selon les recourants 1, la valeur du forfait socio-hôtelier ne saurait augmenter ou diminuer en fonction du montant du forfait des soins assumé par les caisses-maladie, de sorte qu'un tel système de "vases communicants" est arbitraire.

b) Dans ses déterminations des 24 novembre et 10 décembre 1997 - qui renvoient pour l'essentiel à ses observations déposées devant le Conseil fédéral le 24 juin 1997 sur le recours 2 - ainsi que dans ses déterminations du 18 mars 1998, le Conseil d'Etat reconnaît que les tarifs des soins et socio-hôtelier sont interdépendants.

Ce système serait cependant justifié, car le forfait à charge des personnes hébergées comprend non seulement le coût estimé des prestations socio-hôtelières mais aussi "la part du coût des soins non remboursée par les assureurs".
Ainsi, l'addition du forfait correspondant aux prestations de soins à charge des assureurs d'une part, et du forfait relatif aux prestations socio-hôtelières ainsi qu'au coût des soins non remboursé par les assureurs à charge des personnes hébergées d'autre part, représente, pour chaque établissement, le montant moyen journalier dont il a besoin pour exercer son activité. En conséquence, plus la part du coût des soins assumée par les assureurs est élevée, plus le forfait à charge des personnes hébergées est réduit. Ce système de "vases communicants" est conséquent dès lors qu'une autre solution aboutirait à fournir aux EMS plus de moyens que nécessaire.

En outre, le Conseil d'Etat précise ce qui suit: "Il n'y aura pas de transfert sur l'assurance-maladie de la charge socio-hôtelière jusqu'ici supportée par les résidents. Actuellement, le prix facturé par les EMS aux pensionnaires comprend les coûts socio-hôteliers et la part des soins non remboursée par les caisses-maladie (...): c'est de cette part qu'il y aura transfert sur l'assurance-maladie grâce au tarif (II)". Par ailleurs, toujours selon le Conseil d'Etat, les coûts socio-hôteliers sont évalués pour eux-mêmes.

c) aa) L'examen des tarifs prévus par la CVHé 1996 et l'arrêté litigieux confirme, ce que le Conseil d'Etat a du reste admis, l'existence d'un système de "vases communicants" entre le tarif socio-hôtelier et le tarif des soins, qu'il s'agisse des montants prévus pour 1996 par la CVHé 1996 ou pour 1997 par l'arrêté litigieux (étant rappelé que les tarifs III A et III B correspondent au tarif 1996, sous réserve de quelques adaptations s'agissant du tarif III B), de façon à ce que, pour chaque éventualité, le total des forfaits des soins et socio-hôteliers soit pratiquement identique.

bb) Cette méthode, défendue par le Conseil d'Etat, viole le principe de la force dérogatoire du droit fédéral consacré par l'art. 2 Disp. trans. aCst. (cf. art. 49 Cst.) dans la mesure où elle a pour effet d'éluder les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Le Conseil d'Etat confond les soins pris en charge par les assurances-maladie en vertu de l'art. 7 al. 2 OPAS (pouvant seuls être inclus dans le forfait prévu par 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 l'amène à édicter des tarifs "socio-hôteliers" qui ne correspondent nullement aux frais socio-hôteliers effectifs. Du reste, on ignore ce qu'il entend par "la part des soins non remboursée par les caisses-maladie" qu'il fait transiter d'un tarif à l'autre, que ce soit à la charge des assurances-maladie ou à celle des pensionnaires.

Surtout, le Conseil d'Etat se borne à constater que le montant nécessaire aux EMS pour réaliser leur activité n'est pas atteint en raison du refus des assureurs d'augmenter "le tarif des soins". Il n'expose nullement en quoi la loi fédérale sur l'assurance-maladie autoriserait de faire supporter aux assurés "la part des soins non remboursée par les caisses-maladie".
Il n'indique pas davantage ce qui lui permettrait, malgré tout, de mettre cette part ainsi définie à la charge des assureurs-maladie.

Or, les assurés ne sauraient supporter, que ce soit sous la rubrique intitulée "frais socio-hôteliers" ou à un autre titre, le financement des prestations de soins à assumer par les caisses-maladie en vertu de l'art. 7 al. 2 OPAS ou, du reste, d'autres dispositions de la loi fédérale. En effet, ainsi qu'on l'a vu, les soins pris en charge, au moins partiellement, par l'assurance de base en vertu de l'art. 7 al. 2 OPAS ou d'autres dispositions de la loi fédérale sont soumis à la protection tarifaire (art. 44 LAMal), qui vise précisément à éviter que les assurés ne reçoivent une facture supplémentaire pour des prestations accordées selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Messagep. 157; voir aussi Maurer, op. cit. p. 81 lettre b/aa). Les EMS ne peuvent exiger des résidents ou de leur assurance que les prix ou tarifs convenus selon l'art. 43 LAMal. Par conséquent, même si le tarif forfaitaire des soins II A 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, les EMS ne peuvent pas reporter le manque sur les assurés. Ce solde éventuel doit être comblé par d'autres ressources, le cas échéant par des contributions des cantons ou des
communes. Encore faut-il rappeler qu'un tarif pris en application de l'art. 50 LAMal n'est pas destiné à couvrir, notamment, le coût des soins effectués par d'autres fournisseurs de prestations et supportés par les assureurs-maladie en vertu d'autres dispositions que l'art. 7 al. 2 OPAS.

Inversement, le coût des prestations socio-hôtelières et le coût des soins qui ne sont pas mis à la charge de l'assurance obligatoire des soins par l'art. 7 al. 2 OPAS - ou d'autres dispositions de la loi fédérale - ne sauraient être supportés par les caisses-maladie, sous peine, comme on l'a vu, de violer l'art. 34 al. 1 LAMal.

Par ailleurs, le système prévu par le Conseil d'Etat, selon lequel une part du coût des soins peut être assumée par les assurés, est d'autant moins admissible que ce transfert est dissimulé, dès lors que l'arrêté distingue expressément les tarifs "des prestations de soins" (art. 4 et 8) des tarifs "des prestations socio-hôtelières" (art. 6 et 9), sans indiquer que ces montants pourraient en réalité couvrir d'autres coûts que ceux mentionnés par leur intitulé.

Il sied enfin de relever qu'il n'est plus possible, depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, de confondre dans une même "enveloppe" le financement des prestations de soins à assumer par les assureurs-maladie en vertu de l'art. 7 al. 2 OPAS, celui des autres prestations de soins à la charge des assureurs-maladie en vertu d'autres dispositions, celui des soins non couverts par les assureurs-maladie et celui des prestations socio-hôtelières. Il serait ainsi judicieux que ces diverses catégories soient clairement distinguées, tant dans leur financement que dans leur facturation auprès des assurances-maladie, des EMS et des résidents, ce qui n'exclut pas l'établissement de forfaits.

cc) Le tarif socio-hôtelier II B, qui seul fait l'objet du présent considérant, est peu élevé en comparaison du tarif socio-hôtelier 1996 et du tarif III B, lequel correspond du reste à ce dernier sous réserve de quelques adaptations.

On pourrait donc supposer que le tarif socio-hôtelier II B correspond aux "coûts socio-hôteliers évalués pour eux-mêmes", partant, qu'il est pour le moins libéré de tout montant destiné aux prestations de soins à prendre en charge par les caisses-maladie à quelque titre que ce soit. Toutefois, on ignore si tel est effectivement le cas et l'Etat de Vaud ne le soutient du reste pas, du moins pas expressément.

A l'inverse, on ne sait pas davantage si ce tarif couvre l'intégralité des frais socio-hôteliers ou si, comme le soutiennent les recourants 2, une partie de ceux-ci a été mise à la charge des assureurs dans le cadre du tarif des soins II A, annulé par le Conseil fédéral.

dd) En conséquence, force est de constater que le tarif socio-hôtelier instauré par l'art. 6 de l'arrêté litigieux est contraire à l'art. 2 Disp. trans. aCst. (cf. art. 49 Cst.). Cette disposition, ainsi que l'annexe II B y relative, doivent donc être annulées.

7.- A l'encontre de l'art. 9 de l'arrêté, qui régit le tarif socio-hôtelier intermédiaire, les recourants 1 invoquent les art. 55 et 56 PA traitant des recours administratifs devant le Conseil fédéral ainsi que l'art. 47 al. 3 LAMal. Selon eux, si un recours avec effet suspensif est formé contre l'arrêté cantonal, celui-ci doit être suspendu dans son intégralité, y compris la partie devant précisément s'appliquer en cas de recours avec effet suspensif. En outre, il est contraire à la loi que les dispositions applicables en cas de recours avec effet suspensif soient édictées précisément par l'autorité ayant promulgué l'arrêté attaqué.

Les recourants se référant exclusivement à la loi fédérale sur l'assurance-maladie ainsi qu'à la procédure traitant des recours administratifs devant le Conseil fédéral, ce grief est irrecevable, faute de motivation suffisante.

Le tarif III B concerne toutefois la procédure applicable en matière de recours de droit public, que le Tribunal fédéral revoit d'office et librement.

En effet, conformément à l'art. 94 OJ, seul le Tribunal fédéral peut ordonner les mesures provisionnelles nécessaires au maintien de l'état de fait ou à la sauvegarde des intérêts compromis durant la procédure de recours de droit public. Du reste, le Tribunal fédéral a fait usage de l'art. 94 OJ, par ordonnance du 22 mai 1998, en édictant lui-même les forfaits socio-hôteliers applicables aux recourants 1 (correspondant aux forfaits fixés par le tarif III B) depuis le 1er janvier 1997 jusqu'à droit connu sur le présent recours. Par conséquent, le Conseil d'Etat n'était pas habilité à édicter l'art. 9 de l'arrêté litigieux prévoyant le tarif socio-hôtelier applicable en cas d'effet suspensif accordé à un recours formé précisément contre cet arrêté.

Par ailleurs, les mesures provisionnelles ayant été prises, le grief des recourants est de toute façon devenu sans objet.

Dans ces conditions, l'art. 9 de l'arrêté litigieux ainsi que l'annexe III B y relative doivent être annulés dans la mesure où ils ne sont pas devenus sans objet.

8.- a) Les recourants 2 s'opposent enfin au chiffre 17 des Directives administratives.

Selon cette disposition, les prestations socio-hôtelières sont recensées dans le Standard de la qualité socio-hôtelière figurant dans une directive émise par le Service des assurances sociales et de l'hospitalisation, et sont divisées en deux catégories: d'une part, des "prestations standards obligatoirement à la charge de l'établissement et intégralement comprises dans les frais socio-hôteliers journaliers" facturables en conformité aux annexes II B et III B et, d'autre part, des "prestations non obligatoirement à la charge de l'établissement", qui comprennent des "prestations ordinaires supplémentaires" constituées, selon le chiffre 17.1, de "l'ensemble des prestations ou articles usuels, personnellement nécessaires" et des "prestations supplémentaires à choix" constituées, selon le chiffre 17.2, de "l'ensemble des prestations ou articles qui ne sont pas strictement nécessaires" mais "explicitement choisies parla personne afin d'augmenter son confort".

Les recourants 2 soulignent que les catégories de prestations introduites par ce chiffre sont mal définies, que l'on peut difficilement imaginer une base légale pour des "prestations ordinaires supplémentaires" et que le seul but de ces distinctions est de facturer des suppléments aux assurés aisés, ce qui revient à contourner la loi fédérale sur l'assurance-maladie qui tend précisément à supprimer le cloisonnement économique entre assurés.

b) Le grief est recevable dans la mesure où, soulignant l'imprécision du chiffre 17, il invoque en fait le principe de l'interdiction de l'arbitraire. Il est en revanche irrecevable en tant qu'il se fonde sur la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Les catégories définies par le chiffre 17 sont effectivement vagues. Toutefois, elles ont été précisées par une directive du 15 septembre 1997 du Service des assurances sociales et de l'hospitalisation dont les recourants 2 ont eu connaissance. S'il est vrai que ces catégories demeurent compliquées, les recourants 2 ne démontrent toutefois pas qu'elles sont insoutenables.

9.- En conclusion, les art. 6 et 9 de l'arrêté attaqué ainsi que les annexes II B et III B y relatives doivent être annulés, dans la mesure où les recours ne sont pas sans objet.

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 irrecevables et qu'il n'est pas certain qu'elles ne puissent conserver une certaine utilité, en dépit de l'annulation des art. 6 et 9 de l'arrêté (et des annexes II B et III B), compte tenu de la décision du Conseil fédéral.

10.- Vu ce qui précède, les recours sont admis partiellement dans le sens des considérants, dans la mesure où ils sont recevables et ne sont pas devenus sans objet. N'obtenant que partiellement gain de cause, les recourants doivent supporter un émolument judiciaire réduit (art. 156 al. 1 et 3 OJ). Il est précisé à cet égard que le Président de la IIe Cour de droit public a, par décision du 27 novembre 1997 prise sur requête des recourants 2, diminué le montant de l'avance de frais mise à la charge de ceux-ci de 3'000 fr. à 1'000 fr. 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 en jeu (art. 156 al. 2 OJ). En revanche, les recourants 1 étant assistés d'un mandataire professionnel, le canton de Vaud devra leur verser une indemnité réduite à titre de dépens (art. 159 al. 1 et 3 OJ).

Par ces motifs,

le Tribunal fédéral :

1. Joint les causes 2P.371/1997 et 2P.372/1997.

2. Admet partiellement les recours dans le sens des considérants, dans la mesure où ils sont recevables et ne sont pas devenus sans objet; annule les art. 6 et 9 de l'arrêté litigieux ainsi que les annexes II B et III B.

3. Met à la charge des recourants 1 un émolument judiciaire réduit de 2'000 fr., solidairement entre eux.

4. Met à la charge des recourants 2 un émolument judiciaire réduit de 500 fr., solidairement entre eux.

5. Dit que le canton de Vaud versera aux recourants 1 une indemnité réduite de 1'500 fr. à titre de dépens.

6. Communique le présent arrêt en copie au mandataire, respectivement représentant des recourants 1 et 2, au Conseil d'Etat du canton de Vaud, ainsi que, pour information, à l'Office fédéral de la justice.

Lausanne, le 24 juillet 2000
RED/mnv

Au nom de la IIe Cour de droit public
du TRIBUNAL FEDERAL SUISSE:
Le Président,
La Greffière,