

Note sous Tribunal administratif de Saint-Denis de La Réunion, 3 octobre 2012, numéros 0801022 et 0901190, Monsieur C.C. contre Centre hospitalier Felix Guyon
Siva Moutouallaguin

► **To cite this version:**

Siva Moutouallaguin. Note sous Tribunal administratif de Saint-Denis de La Réunion, 3 octobre 2012, numéros 0801022 et 0901190, Monsieur C.C. contre Centre hospitalier Felix Guyon. Revue juridique de l'Océan Indien, Association " Droit dans l'Océan Indien " (LexOI), 2013, pp.265-272. hal-02732833

HAL Id: hal-02732833

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-02732833>

Submitted on 2 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Droit hospitalier – Responsabilité pour faute – Défaut de surveillance – faute dans le fonctionnement et l’organisation du service – Absence de moyens – Faute dans l’organisation régionale de l’offre des soins – Schéma régional d’organisation sanitaire – Permanence de soins – Continuité de l’offre des soins

Tribunal administratif de Saint-Denis de La Réunion, 3 octobre 2012, *M. C.- C. c/ Centre hospitalier Félix Guyon*, req. n° 0801022, 0901190

Siva MOUTOUALLAGUIN

Le rattachement de l’obligation de surveillance de la santé mentale du patient à l’acte médical non fautif de soin pour sa santé physique : un mécanisme juridique palliatif ?

Le 9 mars 2006, Madame C. est présentée à 16 heures au centre hospitalier Félix Guyon inconsciente suite à une tentative de suicide. Elle y est admise en urgence, y reçoit des soins et le lendemain matin, Madame C. est retrouvée pendue dans sa chambre d’hôpital. Le 7 juillet 2008, l’époux veuf de Madame C¹ adresse alors une demande indemnitaire au Tribunal administratif de Saint-Denis à l’encontre du centre hospitalier Félix Guyon. Elle sera suivie le 14 septembre 2009 de celle de leurs enfants², toutes pour le préjudice moral qu’ils ont subi³. Suite au rapport du 24 avril 2012 de l’expert missionné par le Tribunal, ce dernier juge le 3 octobre suivant qu’une faute a été commise dans

¹ Requête n° 0801022 du 7 juillet 2008 à laquelle répond le jugement commenté.

² Requête n°0901190 du 14 septembre 2009 jointe à celle précitée.

³ S’agissant de la requête de M. C., le préjudice matériel lié à la perte de contribution aux charges du ménage du revenu de son épouse ne sera pas retenu par le tribunal.

l'organisation et le fonctionnement du service hospitalier. Elle tient principalement⁴ à un défaut de surveillance que le Tribunal impute au centre hospitalier dont la responsabilité a été, par ce motif, engagée. Ce faisant, le Tribunal répond positivement aux demandes indemnitaires et dans son rôle, en statuant *ultra petita*, proclame uniquement la condamnation de l'hôpital. Dans cette mesure, cette décision s'avère tant sur le plan de la qualification juridique des faits qu'au regard du droit positif parfaitement justifiée. Il y a bien eu faute dans l'organisation et le fonctionnement du service de l'hôpital (I). Cependant, cette faute nous paraît sinon partagée du moins doublée par celle commise dans l'organisation régionale de l'offre de soins (II) et dont la responsabilité ne relève pas d'un seul établissement, mais de toute la collectivité.

I. La faute dans l'organisation et le fonctionnement du service hospitalier

L'évolution du droit de la responsabilité hospitalière, plus précisément celle de la qualification de la faute en la matière, a suscité notamment depuis l'arrêt devenu fort célèbre *Époux V.*⁵ bien des analyses⁶. De la faute lourde⁷ à la faute simple⁸, pour parvenir à la qualification de faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital⁹, avons-nous assisté à un assouplissement de la jurisprudence du Conseil d'État jusqu'à la notion de faute présumée¹⁰. Cette dernière nous pousse en effet à la frontière de la faute médicale vers le terrain de la faute de service¹¹. Exactement, la théorie jurisprudentielle de la faute présumée tient aux conséquences graves d'un acte médical révélant une

⁴ Le défaut de surveillance étant constaté, la circonstance selon laquelle la porte de la chambre de la patiente serait restée ouverte, quand bien même cela aurait facilité la réalisation de son suicide, est sinon inopérante du moins secondaire dans la constitution de la faute : CAA Bordeaux, 9 avril 2013, *Centre hospitalier Henri Laborit*, n° 12BX00406, encore inédit au Recueil Lebon

⁵ CE, 10 avril 1992, *Époux V.*, Rec. Lebon, 1993, p. 171, *JCP*, éd. G, 1992, II, 21881, note J. MOREAU.

⁶ V. par exemple, en plus la note précitée : H. LEGAL, « La fin de la faute lourde médicale ou chirurgicale dans le droit de la responsabilité hospitalière », *RFDA*, 1992, p. 571 ; P. BON, Ph. TERNEYRE, « Des erreurs successives peuvent constituer une faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital », *Recueil Dalloz*, 1993, p. 146.

⁷ La faute lourde était requise pour le service médical ou chirurgical : CE, 8 novembre 1935, *Dame Vion*, Rec. Lebon, p. 1019.

⁸ La faute simple était admise dans le service administratif de l'hôpital : CE, 8 novembre 1935, *Dame Philipponeau*, Rec. Lebon, p. 1020, *DP*, 1936, 3, p. 15, note A. HEILBRONNER.

⁹ CE, 10 avril 1992, *Époux V.*, *op. cit.*, V. le quatrième considérant de l'arrêt.

¹⁰ La notion de faute présumée étant plus ancienne que celle de faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital, la mesure de l'évolution n'est évidemment pas faite selon un critère temporel, c'est-à-dire celui de la chronologie de l'assouplissement, mais bien matériel, c'est à dire selon le degré de l'assouplissement.

¹¹ La formulation de cette phrase tend volontairement à établir un parallèle avec la distinction classique entre la faute personnelle d'un agent et la faute de service bien que – et la théorie qui suit de la faute présumée le démontre – la faute médicale ne soit pas *in substantialibus* personnelle.

faute commise dans l'organisation et le fonctionnement du service hospitalier¹². Au-delà de la faute présumée, la faute n'est ainsi plus liée à l'acte médical,¹³ mais n'est issue que de l'organisation et du fonctionnement du service. Dans notre cas d'espèce, cette distinction entre l'acte médical et l'organisation du service n'a pas été aisée à établir, *a minima* pour le centre hospitalier. Et pour cause, Madame C. souffrait de deux problèmes de santé distincts : un problème de santé mentale et un problème de santé physique. En effet, si Madame C. a été admise le 9 mars 2006, c'est, nous l'avons dit, en raison de sa tentative de suicide. Mais le soin urgent que son état recommandait était un traitement pour l'absorption de produits psychotropes. De là, et c'est l'argument avancé par l'hôpital en défense, la surveillance assurée par le personnel était une surveillance sur le plan toxicologique. Partant, ce problème physique a fait l'objet de soins appropriés. En ce sens, selon le texte du jugement commenté, le juge pénal a reconnu que l'hôpital n'avait commis aucune faute dans leurs accomplissements. Le second problème est quant à lui un problème de santé mentale tenant à un état dépressif depuis plusieurs années et à de précédentes crises suicidaires. Pour ce problème, le centre hospitalier visé n'a prodigué aucun soin de sorte qu'aucune faute médicale de nature à engager sa responsabilité¹⁴ ne peut y être décelée. La faute présumée ne peut non plus être invoquée, car ce ne sont pas les conséquences des actes médicaux accomplis pour le soin du problème de santé physique de la patiente qui auraient révélé une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service¹⁵. Dès lors, c'est uniquement sur le terrain de la faute de service que le Tribunal peut se placer afin de rechercher si la responsabilité de l'hôpital peut être engagée.

Pour la constitution de cette faute, par « fonctionnement du service », est entendu l'équipement, la surveillance, la coordination ou l'information, c'est-à-dire l'ensemble des moyens matériels et humains non directement médicaux et la diligence avec laquelle ils sont mis en œuvre. La coordination entre médecins¹⁶ ou la répartition entre ceux-ci des opérations à effectuer¹⁷ relèvent de « l'organisation du service ». En l'espèce, les requérants ont soutenu le défaut de surveillance du personnel du centre hospitalier Félix Guyon comme étant la cause du dommage. Et à cet endroit, pour la compréhension du jugement, la distinction entre le problème de santé physique et celui de santé mentale doit

¹² CE, Ass., 7 mars 1958, *Déjous*, Rec. Lebon, p. 153 ; CE, 11 octobre 1963, *Centre hospitalier de Dijon*, Rec. Lebon, p. 985 ; CE, 19 mars 1969, *Assistance publique à Paris c/ D^{lle} Bey*, RDP, 1970.152, note WALINE ; CE, 9 janvier 1980, *Martins*, Rec. Lebon, p. 4 ; CE, 9 décembre 1988, *Cohen*, Rec. Lebon, p. 431.

¹³ Si le préjudice est lié à l'acte médical, mais que cet acte n'est pas constitutif d'une faute, son indemnisation peut avoir lieu sur le terrain de la responsabilité sans faute : P. BON et D. de BÉCHILLON, « Responsabilité sans faute d'un hôpital dans le décès d'un patient à la suite d'une anesthésie générale », *Rec. Dalloz*, 1999, p. 45.

¹⁴ CE, 10 avril 1992, *Époux V.*, *op. cit.*, note n° 5.

¹⁵ CE, Ass., 7 mars 1958, *Déjous*, Rec. Lebon, p. 153 ; Cf. *supra*, note n° 12.

¹⁶ CE, 14 mars 1973, *Veuve Lagarde*, Rec. p. 221.

¹⁷ CE, 7 avril 1967, *Centre hospitalier régional de Montpellier*, Rec. p. 146.

être reprise. S'agissant de la surveillance liée au problème de santé physique, celle-ci a bien eu lieu puisqu'elle est attachée à l'acte médical pratiqué et il n'apparaît pas que le Tribunal administratif de Saint-Denis n'ait retenu, à l'égal du juge pénal, de faute sur ce point. Mais s'agissant de la surveillance liée au problème de santé mentale, celle-ci n'a pas eu lieu. Et pour cause, même si cela paraît dur c'est pour autant logique¹⁸, aucun acte médical n'a été prescrit pour soigner ce problème. C'est à cette étape du raisonnement que, selon nous, une autre orientation du droit de la responsabilité en matière de soins hospitaliers peut être envisagée. Nous la développerons *infra*, dans un second temps. Ici sur ce point, le juge administratif va reconnaître une obligation de surveillance de la santé mentale du patient même en l'absence d'acte médical qui y correspondrait, en rattachant cette obligation à l'acte médical pratiqué pour le soin de la santé physique du patient. Le juge parle de « surveillance renforcée ». Cette obligation de surveillance renforcée est alors imposée à l'établissement hospitalier dans les cas où le personnel de l'hôpital a eu connaissance de l'état suicidaire du patient. Cette connaissance apparaît dès lors comme étant le critère d'application de l'obligation de surveillance renforcée. *In casu*, l'expert a pu relever que le personnel a su, dès l'admission de la patiente, que cette dernière a fait l'objet de crises suicidaires passées. De manière aggravante, Madame C. a même dès son réveil affirmé son intention de chercher à tenter de nouveau à ses jours. Et rappelons-le, le but de l'absorption de produits psychotropes pour laquelle la patiente a été admise était tout de même de se suicider. C'est là que le rattachement de l'obligation de surveillance de sa santé *mentale* aux soins pour sa santé *physique* se justifie *in concreto*. En ce sens, si le préjudice n'a pas été causé par sa première, mais sa seconde tentative de suicide, il est au final en rapport direct avec l'état initial du patient¹⁹. En définitive, la position du juge administratif de Saint-Denis est manifestement bien inspirée ; puisqu'elle se trouve confortée par celle postérieure et toute récente du juge d'appel de Bordeaux datant du 9 avril 2013. Dans cette autre affaire, le juge administratif vient en effet de décider *a contrario* que la surveillance d'un patient qui est tout de même parvenu à se suicider dans les locaux de l'établissement était « adaptée »²⁰. Le critère d'application de l'obligation de surveillance renforcée n'était ici pas rempli dans la mesure où le personnel n'a pu avoir connaissance de son état suicidaire²¹. Ceci exonérait l'hôpital de toute responsabilité pour faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service.

Le rattachement de l'obligation de surveillance de la santé mentale du patient à l'acte médical non fautif de soin de sa santé physique semble ainsi bien fonctionner au regard du critère de la connaissance par le personnel de son état

¹⁸ *Dura lex sed lex ?*

¹⁹ V. *contra* : P. BON et D. DE BECHILLON, « Jurisprudence *Bianchi* : assouplissement de la condition de préjudice sans rapport avec l'état initial du patient », *Recueil Dalloz*, 2002, p. 449.

²⁰ C'est nous qui soulignons au regard du terme « renforcée » utilisée dans le jugement commenté.

²¹ CAA Bordeaux, 9 avril 2013, *Centre hospitalier Henri Laborit*, n° 12BX00406, encore inédit au Recueil Lebon.

suicidaire. On peut donc, une fois de plus, compter sur l'ingéniosité du juge administratif pour trouver des mécanismes juridiques palliatifs à une réalité qui est celle de la carence dans l'organisation régionale de l'offre de soins. Car il s'agit bien de cela.

II. La faute dans l'organisation régionale de l'offre de soins

C'est à cet endroit que nous pouvons reprendre à l'étape du raisonnement signalée *supra*, au moment où le juge est face au constat selon lequel la surveillance correspondant à un acte de soin lié à la santé mentale du patient n'a pas été assurée. Et dans ce constat, on ne peut que convenir du fait que si elle ne l'a pas été, c'est tout simplement parce que l'acte de soin auquel cette surveillance est liée ne pouvait être prodigué. Et effet, au vu de ses antécédents suicidaires, de sa tentative en cours et de ses intentions d'intenter à nouveau à sa vie, il est manifeste que ni le personnel du service des urgences ni l'hôpital dans son organisation et son fonctionnement ne disposaient des moyens de prendre en charge Madame C. Celui-ci l'a reconnu²², peut-être ne s'en est-il pas suffisamment défendu. Et le juge même l'a implicitement admis. En effet, dans la mission confiée par le Tribunal à l'expert, la question première posée par le juge était de savoir « *si la prise en charge de Mme C., eu égard à son état dépressif, a été conforme aux données alors acquises de la science médicale* ». De toute évidence, la réponse est non puisque celle-ci n'a pu recevoir aucun soin relatif à son problème de santé mentale. De là, la question suivante du juge de savoir « *si la surveillance de l'intéressée était suffisante ou²³ si son état nécessitait des mesures particulières de surveillance dans un service spécialisé* » prend une dimension particulière. Dès lors que l'expert a effectivement constaté que cette surveillance n'était pas suffisante, cela signifie que l'état de la patiente nécessitait une surveillance dans un service spécialisé. En ce sens, la mission de surveillance de l'état spécifique d'un patient est une mission qui ne peut être déléguée à un service et des membres du personnel qui ne seraient pas spécifiquement qualifiés. C'est ce qui ressort de la jurisprudence *CPAM Dunkerque* du Conseil d'État du 25 juin 2008²⁴. S'agissant tout d'abord du personnel, dans cet arrêt, le Conseil d'État a estimé qu'une infirmière ne pouvait assurer la surveillance à la place d'un spécialiste en anesthésie. De la

²² En soutenant que Madame C. ne pouvait être transférée vers un établissement doté d'un service spécialisé de santé mentale au motif qu'elle devait être surveillée sur le plan toxicologique, l'hôpital a cru défendre la suffisance de sa surveillance. Or, puisqu'il n'avait pas les moyens de lui prodiguer les soins pour sa santé mentale et de surveiller son état en conséquence, l'hôpital n'a fait que reconnaître ainsi la nécessité, au vu de l'état suicidaire de la patiente, de la transférer vers un service spécialisé.

²³ Nous soulignons. La formulation de ce point d'ordre de la mission de l'expert induit en effet une alternative : *soit* la surveillance de l'intéressée était suffisante, *soit* son état nécessitait d'être admise dans un service spécialisé.

²⁴ CE, 25 juin 2008, *CPAM Dunkerque*, n° 235887, Jurisdata n° 2008-073780.

même manière dans notre espèce, le personnel des urgences ne pouvait remplacer un praticien hospitalier spécialisé en psychiatrie. Or l'absence de ce praticien a bien été relevée par le Tribunal administratif de Saint-Denis. Selon le texte du jugement commenté, aucun praticien hospitalier spécialisé en psychiatrie ne s'est entretenu avec Madame C. et son époux, alors que son état dépressif était imputable à un problème de conjugopathie. S'agissant ensuite du service spécialisé, Madame C. ne pouvait y être puisque tout simplement, il n'y en avait pas au sein du centre hospitalier Félix Guyon. Et compte tenu justement de cette spécialisation manquante au service des urgences, il nous paraît logique de croire que le régime de la faute applicable au défaut de surveillance dans ce service ne peut pas être le même que dans un service spécialisé de psychiatrie²⁵. À cet égard, l'absence d'un service spécialisé de psychiatrie au sein du centre hospitalier Félix Guyon ne peut être aussi aisément qualifié de faute de service que le serait l'absence d'un service dont les hôpitaux sont couramment dotés, tels que celui du réveil et de la réanimation²⁶. Son absence au sein de l'hôpital ne relève pas – seule – de sa responsabilité. Ce service spécialisé existant dans quelques autres établissements de santé de La Réunion et non au sein du centre hospitalier de Saint-Denis²⁷, son absence est une faute dans l'organisation régionale de l'offre de soins.

Déjà en 1999, le rapport de la Mission nationale d'appui en santé mentale sur *la psychiatrie de l'île de La Réunion* dénonçait le fait qu'« au Centre Félix Guyon (...) la culture psychiatrique apparaît peu connue »²⁸. Le rapport recommandait alors l'implantation de lits, de praticiens et d'infirmiers en nombre ainsi que de locaux spécifiques dédiés à la psychiatrie. Mais cette recommandation impliquait un plan de restructuration hospitalière dont la responsabilité ne pouvait relever que d'un hôpital. La restructuration dépend d'une politique sanitaire guidée par la mission de permanence des soins²⁹, mission du service public de santé relevant de la responsabilité de la collectivité nationale. À l'échelon régional, sa déclinaison est assurée par un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) opposable en matière hospitalière selon l'article L.1434-7 du Code de la santé publique³⁰. Or, ce n'est que le 20

²⁵ CE, Sect., 5 janvier 1966, *Hawezack*, Rec. Lebon, p. 6 : depuis cet arrêt, le défaut de surveillance d'un malade au sein d'un service spécialisé de psychiatrie est une faute simple.

²⁶ CE, 13 novembre 1981, *Centre hospitalier d'Évreux c/ Époux Louis*, Rec. Lebon, p. 903.

²⁷ Situé dans le chef-lieu, le centre hospitalier Félix Guyon est, au moins historiquement, la plus importante structure hospitalière – d'urgences – de l'île.

²⁸ MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Mission nationale d'appui en santé mentale, *Rapport sur la psychiatrie de l'île de La Réunion*, mars 1999, pp. 22-25.

²⁹ La « permanence des soins » a été insérée, par le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (*JO*, 16 septembre 2003, p. 15863) au livre VII du code de la santé publique de 2003.

³⁰ Article L1434-7 du Code de la santé publique, modifié par l'article 47 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 : (extrait) « *Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique* ».

mars 2007, quasiment un an jour pour jour *après* l'admission de Madame C. au centre hospitalier Félix Guyon, que l'arrêté portant révision du SROS 2005-2010 de la Réunion³¹ est intervenu. Ce SROS a ainsi prévu en 2007 que : « *L'accueil psychiatrique sera renforcé pour chaque territoire de santé de niveau 1, en veillant à l'articulation des moyens médicaux et paramédicaux requis pour le fonctionnement des unités d'accueil des urgences psychiatriques, les activités de liaison du secteur et la permanence des soins médicaux des unités d'hospitalisation psychiatrique temps plein* ». Ce faisant, il répond point pour point à l'absence de l'offre de ces soins au sein du centre hospitalier condamné, au vu de ces conditions à tort un an plus tôt, puisque d'une part, le défaut de l'activité de liaison a été imputé à l'hôpital alors qu'il relève du schéma régional. En effet, la liaison, à savoir notamment le transfert de la patiente vers l'établissement public de santé mentale n'a pu être assuré pour le soin et la surveillance de sa *santé mentale*, compte tenu des soins et de la surveillance sur le plan toxicologique en cours. C'est ce qui rend nécessaire, d'autre part, la création d'une unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein que prévoit le SROS au sein de l'hôpital même. Dans le détail, ce schéma régional a ainsi prévu « *l'identification d'une équipe de victimologie pluriprofessionnelle au sein de chaque service d'urgences, complétée par la formation de référents par équipe de garde (...); l'association des compétences des secteurs de psychiatrie, y compris au travers des équipes des lits portes psychiatriques* ». Mais la création de cette unité d'accueil psychiatrique, conformément à la mission de permanence des soins, dépendait, nous l'avons compris, de sa planification conforme au SROS non encore intervenue au moment des faits de notre affaire. C'est la raison pour laquelle, l'absence de service spécialisé au centre hospitalier qui a permis le suicide de Madame C. et causé le préjudice moral à indemniser, relevait – également – de la responsabilité de la collectivité nationale³². La permanence des soins promue mission de service public par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires³³ aurait pu servir de fondement juridique à cette fin. De manière encore plus précise, la continuité de l'offre de soins³⁴ qui est un mécanisme de la permanence aurait pu également être invoquée. En l'espèce, il s'agirait même de continuité *territoriale* de l'offre de soins. Pour sa part, le Centre hospitalier Félix Guyon a lui, intégré la prise en charge psychiatrique dans son plan de développement de l'offre de soins. En effet, son rapport d'activité pour 2008 a mis explicitement en œuvre les « orientations stratégiques du SROS »³⁵ en prévoyant pour 2009 la création au sein du Service d'Accueil des Urgences du Centre hospitalier Félix Guyon

³¹ Arrêté n°24/ARH/2007 du 20 mars 2007 portant révision du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2005-2010 de la Réunion et de son annexe.

³² M.-L. MOQUET-ANGER, « La continuité et l'accès au service de santé », *RDSS*, 2013, p. 21.

³³ La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit un article art. L. 6112-1 au Code de la santé publique.

³⁴ M.-L. MOQUET-ANGER, « La continuité et l'accès au service de santé », *op. cit.*

³⁵ CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE LA RÉUNION, *Rapport d'activité 2008*, 26 pages, spéc. p. 9.

une Unité d'Accueil Psychiatrique. Cette création prouve donc bien *a contrario* que son absence constituait une faute d'organisation, pas – uniquement – dans celle du service hospitalier, mais – également – dans celle régionale de l'offre de soins.

Cette unité d'accueil psychiatrique au sein des urgences du Centre hospitalier Félix Guyon existante aujourd'hui, Madame C. y serait accueillie, soignée tant pour ses problèmes de santé physique que mentale et aurait bénéficié des surveillances qui y correspondent. Mais les Lois n'étant pas rétroactives, les effets de leurs remèdes ne le sont guère davantage...

¹ Voir l'article 17 du décret n° 2007-296 du 5 mars 2007 créant le Parc national de la Réunion, *JORF* n°55 du 6 mars 2007, p. 4265. Aussi, selon le projet de charte récemment validé (29 avril 2013), « *par dérogation (...), la réglementation du directeur peut définir, pour le "cœur habité", après avis du service chargé de l'aviation civile, du Conseil scientifique et du Conseil économique, social et culturel, et après concertation avec les acteurs concernés : 1° les zones de survol autorisé ; 2° la période de circulation et de dépose autorisée ; 3° les lieux autorisés pour les hélistations ; 4° les activités autorisées* ».