

Projet de règlement grand-ducal déterminant les conditions d'exécution des dispositions de la loi du xxx sur les services de transports spécifiques

Exposé des motifs

Le présent projet de règlement grand-ducal contient les dispositions d'exécution pour le projet de loi sur les services de transports spécifiques.

Le but est de préciser les modalités pratiques concernant la demande d'accès aux services de transports spécifiques pour personnes handicapées à mobilité réduite, le fonctionnement de la cellule d'évaluation, les conditions de fonctionnement de certaines formes de services, ainsi que le fonctionnement de la commission de réexamen.

Il détermine également la forme et le contenu des différentes demandes d'accès aux services de transports spécifiques ainsi que celles du certificat médical ; à cet effet des annexes avec les modèles de ces formulaires font partie intégrante du présent projet.

Projet de règlement grand-ducal déterminant les conditions d'exécution des dispositions de la loi du xxx sur les services de transports spécifiques

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau ;

Vu la loi modifiée du 5 février 2021 sur les transports publics ;

Vu la loi du xxxx sur les services de transports spécifiques ;

Vu les avis..... ;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Mobilité et des Travaux publics, de....., et après délibération du Gouvernement en conseil ;

Arrêtons :

Chapitre 1^{er} – Demande d'accès aux services de transport spécifiques pour personnes handicapées à mobilité réduite

Art. 1^{er}. (1) Sous peine d'irrecevabilité, la demande et le certificat médical prévus à l'article 3 de la loi du xxx sur les transports spécifiques sont conformes au modèle figurant à l'annexe 1.

(2) Sous peine d'irrecevabilité, la demande pour bénéficier du renouvellement à l'accès au service de transport spécifique prévu à l'article 7 de la loi du xxx sur les services de transports spécifiques est conforme à l'annexe 2.

(3) Sous peine d'irrecevabilité, la demande pour bénéficier d'un transport prévu à l'article 9 de la loi du xxx sur les transports spécifiques est conforme au modèle figurant à l'annexe 3.

(4) Sous peine d'irrecevabilité, la demande pour bénéficier d'un transport prévu à l'article 13 de la loi du xxx sur les transports spécifiques est conforme à l'annexe 4.

Chapitre 2 – Cellule d'évaluation

Art. 2. Le médecin exerce la fonction de président de la cellule d'évaluation prévue à l'article 4 de la loi du xxx sur les services de transports spécifiques.

La cellule d'évaluation émet son avis à la majorité des voix.

Elle est assistée d'un secrétariat qui est assuré par un ou plusieurs fonctionnaires ou employés de l'Administration des transports publics.

Les membres et le secrétariat sont soumis au secret professionnel et ne peuvent divulguer à des tiers des informations qu'ils ont obtenues dans l'accomplissement de leur mission.

Le secrétariat tient un registre des demandes soumises à l'examen de la cellule d'évaluation et des avis que celle-ci a émis.

L'instruction des demandes est confiée au secrétariat.

Art. 3. La cellule d'évaluation émet un avis motivé qui est soumis au ministre. Le ministre prend la décision visant à accepter, refuser ou retirer l'accès ou le renouvellement de l'accès aux services de transports spécifiques à la demande.

La cellule d'évaluation se prononce sur les conditions de recevabilité de la demande prévues à l'article 2 la loi du xxx sur les services de transports spécifiques.

Elle indique les cas où un accompagnement est obligatoire et se prononce sur la durée de l'accès au transport spécifique.

Chapitre 3 – Commission de réexamen

Art. 4. Le formulaire de saisine prévu à l'article 14 de la loi du xxx sur les transports spécifiques figure à l'annexe 5. Il est mis à disposition du requérant pour l'aider à former un recours devant la commission de réexamen.

Art. 5. La commission de réexamen est assistée d'un secrétariat comprenant du personnel administratif désigné par le ministre.

La commission de réexamen émet son avis à la majorité des voix. En cas d'égalité, le président a voix prépondérante.

La décision rendue doit indiquer la composition de la commission de réexamen, les noms des membres et les experts ayant assisté à l'examen du dossier.

Les experts prévus à l'article 16, paragraphe 1, point 4 de la loi du xxx sur les services de transports spécifiques ne participent qu'avec une voix consultative à l'examen des dossiers pour lesquels ils ont été convoqués.

Le secrétariat tient un registre des décisions prises par commission de réexamen.

Art. 6. Les membres de la cellule d'évaluation, les membres de la commission de réexamen, les membres du secrétariat et les experts sont tenus à la confidentialité quant aux dossiers qui leur sont soumis.

Chapitre 4 – Conditions de fonctionnement des services de transports spécifiques

Art. 7. Le ministre arrête les conditions de fonctionnement des services de transports spécifiques prévus à :

- 1° l'article 8 et l'article 9 de la loi du xxx sur les services de transports spécifiques après avis du ministre ayant la Politique pour personnes handicapées dans ses attributions ;
- 2° l'article 12 de la loi du xxx sur les services de transports spécifiques après avis du ministre ayant l'Éducation nationale dans ses attributions ;
- 3° l'article 13 de la loi du xxx sur les services de transports spécifiques après avis du ministre ayant les Études supérieures et universitaires dans ses attributions.

Art. 8. Le ministre arrête la convention prévue à l'article 11 de la loi du xxx sur les services de transports spécifiques après avis du ministre ayant la Politique pour les personnes handicapées.

Chapitre 5 – Dispositions finales

Art. 9. Le présent règlement grand-ducal entre en vigueur le jour de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Art. 10. Notre ministre ayant les Transports dans ses attributions, Notre ministre ayant la Famille et l'Intégration dans ses attributions, Notre ministre ayant la Santé dans ses attributions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Annexe 1**Demande d'accès au transport spécifique à la demande****Le formulaire est à remplir, signer et à envoyer à :**

Administration des transports publics

Il doit être accompagnée du certificat médical**prévu à cet effet et datant de moins de 3 mois.***Toute demande incomplète ne sera pas traitée.*

Nom (s) :	Prénom (s) :
Ancien numéro d'accès au transport (si concerné) :	
Matricule :	
N° et rue :	L-CP et localité :
Téléphone mobile / fixe :	E-mail :
Personne de contact en cas d'indisponibilité le cas échéant : (Nom, prénom et numéro de téléphone)	
Je séjourne en institution jour et / ou nuit :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
→ Si oui : nom et adresse de l'institution :	
Je me fais accompagner d'un chien d'assistance	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

DEPLACEMENT EN VOITURE

Je suis actuellement titulaire d'un permis de conduire valable :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
→ Si non : le permis de conduire a été retiré / non prolongé pour raisons médicales :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'ai conduit au cours des 6 derniers mois :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'ai un véhicule :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

DEPLACEMENT AVEC LES TRANSPORTS PUBLICS

J'utilise actuellement les transports publics	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
→ Si oui : comment :	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> toujours accompagné
combien de fois :	<input type="checkbox"/> régulièrement <input type="checkbox"/> occasionnellement
→ Si non : pour quelles raisons :	
<input type="checkbox"/> impossible de me déplacer à un arrêt de bus ou une gare	
<input type="checkbox"/> je n'arrive pas à monter dans le bus / tram / train	
<input type="checkbox"/> autre motif (à préciser)	

 En cochant cette case, je reconnais avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement du service de transports spécifiques.**Attestation sur l'honneur :****Je certifie sur l'honneur que les informations indiquées sur ce formulaire sont exactes.****Signature**

- de la personne concernée _____, le _____
- de son représentant légal (*tuteur ou autre*) _____ (*indiquer lieu, date et signature*)
(*indiquer prénom, nom et adresse*)
- des personnes exerçant l'autorité parentale (*si mineur*) _____
(*indiquer prénom, nom et adresse*)

CERTIFICAT MÉDICAL

à joindre à la demande sous pli fermé et à destination du médecin-membre de la cellule d'évaluation

M. / Mme (prénoms, nom) N° matricule

Description du handicap justifiant la demande de transport :

Cocher les cases qui conviennent

	OUI	NON	
Handicap moteur :			
marche avec appui unilatéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
marche avec appui bilatéral: cadre de marche ou rollator ou 2 béquilles (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
marche impossible: fauteuil roulant manuel ou fauteuil roulant électrique (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maintien postural :			
se mettre debout sans aides depuis l'assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
monter une marche sans aides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
périmètre de marche sans aides < 50m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuffisance respiratoire : oxygéo-dépendante (classification NYHA / BPCO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handicap visuel :			
aveugle	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	
gravement malvoyant	D : / 10	G : / 10	
Handicap neurologique / intellectuel / cognitif :			
communication verbale ou gestuelle possible (dans le contexte transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
désorientation temporelle ou spatiale (si oui, à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
troubles neuropsychologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
autisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
démence (taux MMS : ___ / 30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conduite d'un véhicule :			
le requérant reste apte à conduire du point de vue médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durée du handicap :			
< 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
handicap évolutif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
handicap irréversible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assistance pour le déplacement dans le transport			
tierce personne	<input type="checkbox"/> requise	<input type="checkbox"/> conseillée	<input type="checkbox"/> non nécessaire

Certificat établi par : Docteur
(Date, cachet et signature obligatoires du médecin)

Annexe 2**Renouvellement de la demande d'accès au transport spécifique à la demande**

Vous avez la possibilité d'introduire une demande de renouvellement, si vous remplissez toujours les conditions d'admission à ce transport. Le service des Transports PMR se réserve le droit de demander un certificat médical récent s'il est nécessaire pour instruire la demande.

Le formulaire est à remplir, signer et à envoyer au plus tard deux mois avant la fin de la date de validité de l'accès au transport à : Administration des transports publics

Toute demande incomplète ne sera pas traitée.

Nom (s) :	Prénom (s) :
Ancien numéro d'accès au transport :	
Matricule :	
N° et rue :	L-CP et localité :
Téléphone mobile / fixe :	E-mail :
Personne de contact en cas d'indisponibilité le cas échéant : (Nom, prénom et numéro de téléphone)	
Je séjourne en institution jour et / ou nuit :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
→ Si oui : nom et adresse de l'institution :	
Je me fais accompagner d'un chien d'assistance	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

DEPLACEMENT AVEC LES TRANSPORTS PUBLICS

J'utilise actuellement les transports publics	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
→ Si oui : comment :	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> toujours accompagné
combien de fois :	<input type="checkbox"/> régulièrement	<input type="checkbox"/> occasionnellement
→ Si non : pour quelles raisons :		
<input type="checkbox"/> impossible de me déplacer à un arrêt de bus ou une gare		
<input type="checkbox"/> je n'arrive pas à monter dans le bus / tram / train		
<input type="checkbox"/> autre motif (à préciser)		

En cochant cette case, je reconnais avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement du service de transports spécifiques.

Attestation sur l'honneur :

Je certifie sur l'honneur que les informations indiquées sur ce formulaire sont exactes.

Signature

- de la personne concernée _____, le _____
 de son représentant légal (tuteur ou autre) _____ (indiquer lieu, date et signature)
(indiquer prénom, nom et adresse)
 des personnes exerçant l'autorité parentale (si mineur)
(indiquer prénom, nom et adresse pour chacun des parents)

M. / Mme (prénom, nom)

Nature du handicap définitif

Cocher les cases qui conviennent

	OUI	NON
Fauteuil roulant manuel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant électrique: Modèle et kg : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre de marche / rollator ou autre (si oui, à préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aveugle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravement malvoyant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le formulaire est à remplir, signer et à envoyer à :
Administration des transports publics

Il doit être accompagnée de toutes les pièces
justificatives demandées.

Toute demande incomplète ne sera pas traitée.

Nom (s) :	Prénom (s) :
Ancien numéro d'accès au transport (si concerné) :	
Matricule :	
N° et rue :	L-CP et localité :
Téléphone mobile / fixe :	E-mail :
Personne de contact en cas d'indisponibilité le cas échéant : (Nom, prénom et numéro de téléphone)	
Je séjourne en institution jour et / ou nuit :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
→ Si oui : nom et adresse de l'institution :	
Je me fais accompagner d'un chien d'assistance	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

DEPLACEMENT EN VOITURE

Je suis actuellement titulaire d'un permis de conduire valable :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
→ Si non : le permis de conduire a été retiré / non prolongé pour raisons médicales :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J'ai conduit au cours des 6 derniers mois :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J'ai un véhicule :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

DEPLACEMENT AVEC LES TRANSPORTS PUBLICS

J'utilise actuellement les transports publics	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
→ Si oui : comment :	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> toujours accompagné
combien de fois :	<input type="checkbox"/> régulièrement	<input type="checkbox"/> occasionnellement
→ Si non : pour quelles raisons :		
<input type="checkbox"/> impossible de me déplacer à un arrêt de bus ou une gare		
<input type="checkbox"/> je n'arrive pas à monter dans le bus / tram / train		
<input type="checkbox"/> autre motif (à préciser)		

En cochant cette case, je reconnais avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement du service de transports spécifiques.

Attestation sur l'honneur :

Je certifie sur l'honneur que les informations indiquées sur ce formulaire sont exactes.

Signature

de la personne concernée

de son représentant légal (tuteur ou autre)
(indiquer prénom, nom et adresse)

_____ , le _____
(indiquer lieu, date et signature)

Informations pour organiser le transport vers le lieu de travail :

Nom de l'employeur :

Adresse du lieu de travail :

.....

Tél. (bureau) :

Horaires de travail :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
DEBUT	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
FIN	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___

Cocher les cases qui conviennent

	OUI	NON
Fauteuil roulant manuel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant électrique: Modèle et kg : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre de marche / rollator ou autre (si oui, à préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aveugle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravement malvoyant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La demande doit être accompagnée des pièces suivantes :

- reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
- certificat de travail

Annexe 4

Transport spécifique vers le lieu de la formation d'enseignement supérieur 1^{ère} demande Renouvellement

Le formulaire est à remplir, signer et à envoyer à :

Administration des transports publics

Introduire suffisamment à l'avance avant la rentrée scolaire 20xx/xx.

Toute demande incomplète ne sera pas traitée.

Nom (s) de l'étudiant :	Prénom (s) :
Date de naissance ou matricule :	
N° et rue :	L-CP et localité :
Téléphone mobile / fixe :	E-mail :
Mère / Père / Autre personne de contact en cas d'indisponibilité le cas échéant : (Nom, prénom, téléphone, email) Adresse(s) de prise en charge autres que celle de l'étudiant le cas échéant	
Si besoin, indiquer autre adresse de prise en charge (en cas de garde alternée, foyer...)	
Etablissement fréquenté à la rentrée 20xx/xx : (Nom, adresse, téléphone, email)	
Date du 1 ^{er} jour de classe :	

DEPLACEMENT EN VOITURE

Je suis actuellement titulaire d'un permis de conduire valable :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
→ Si non : le permis de conduire a été retiré / non prolongé pour raisons médicales :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J'ai conduit au cours des 6 derniers mois :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J'ai un véhicule :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

DEPLACEMENT AVEC LES TRANSPORTS PUBLICS

J'utilise actuellement les transports publics	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
→ Si oui : comment :	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> toujours accompagné
combien de fois :	<input type="checkbox"/> régulièrement	<input type="checkbox"/> occasionnellement
→ Si non : pour quelles raisons :		
<input type="checkbox"/> impossible de me déplacer à un arrêt de bus ou une gare		
<input type="checkbox"/> je n'arrive pas à monter dans le bus / tram / train		
<input type="checkbox"/> autre motif (à préciser)		

 En cochant cette case, je reconnais avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement du service de transports spécifiques.**Attestation sur l'honneur :**

Je certifie sur l'honneur que les informations indiquées sur ce formulaire sont exactes.

Signature de l'étudiant(e) concerné(e)

_____ , le _____

 de son représentant légal (tuteur ou autre)

(indiquer lieu, date et signature)

(indiquer prénom, nom et adresse)

Informations pour organiser le transport vers le lieu de la formation d'enseignement supérieur

Horaires de la formation

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
DEBUT	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
FIN	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___

Cocher les cases qui conviennent

	OUI	NON
Fauteuil roulant manuel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant électrique: Modèle et kg : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre de marche / rollator ou autre (si oui, à préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aveugle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravement malvoyant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recevabilité de la saisine

Conformément à l'article 14 de la loi du xxx sur les transports publics, le requérant doit saisir la commission de réexamen dans un délai de 3 mois à compter de la notification de la décision de refus du ministre ayant les Transports dans ses attributions. Passé ce délai, le recours est à introduire par un avocat à la Cour devant le tribunal administratif du Grand-Duché de Luxembourg.

1. Décision attaquée

Date et Numéro de référence de la décision attaquée :
Indication du transport spécifique sollicité :

2. Requérant

Nom (s) :	Prénom (s) :
Date de naissance :	
Matricule :	
N° et rue :	L-CP et localité :
Téléphone mobile / fixe :	E-mail :

3. Représentant du requérant (non obligatoire)

Qualité / lien / fonction : <i>Ex : proche, ami, représentant légal</i>	
Nom (s) :	Prénom (s) :
N° et rue :	L-CP et localité :
Téléphone mobile / fixe :	E-mail :

Ou

Avocat	
Nom (s) :	Prénom (s) :
N° et rue :	L-CP et localité :
Téléphone mobile / fixe :	E-mail :

Pouvoir du représentant à agir au nom du requérant :

en cochant cette case, j'autorise la personne indiquée ci-dessus à me représenter aux fins de réexamen de la décision prise à mon encontre

Date et lieu : _____, le _____.

Signature : _____

Projet de règlement grand-ducal déterminant les conditions d'exécution des dispositions de la loi du xxx sur les services de transports spécifiques

Commentaires des articles

ad article 1^{er}

Cet article précise les modalités pratiques que doit suivre le requérant pour introduire une demande d'accès.

Le premier et le deuxième paragraphe concernent l'accès au transport à la demande.

Le premier paragraphe détermine le modèle de certificat médical à joindre à la demande d'accès aux transports à la demande, précise également la durée de validité du certificat médical accompagnant la demande et prévoit une remise sous pli fermé adressé au médecin-membre de la cellule d'évaluation afin de respecter le secret médical.

Il renvoie aux modèles des formulaires que doit utiliser le requérant pour introduire une demande d'accès ou de renouvellement aux transports spécifiques :

- à la demande (paragraphe 1 et 2) ;
- réguliers spécialisés à destination du lieu de travail (paragraphe 3) ;
- réguliers spécialisés pour les personnes poursuivant une formation d'enseignement supérieure au Grand-Duché de Luxembourg (paragraphe 4)..

Ces différents formulaires sont repris en annexe et font partie intégrante du présent projet de règlement grand-ducal.

ad article 2

Cet article précise les fonctions de présidence et de secrétariat de la cellule d'évaluation et détermine le fonctionnement de la cellule en question.

Il appartient au médecin d'exercer la fonction de président.

ad article 3

Cet article précise ce que recouvre l'avis de la cellule d'évaluation qui est soumis au ministre.

ad article 4

Cet article précise les formalités à suivre par le requérant pour saisir la commission de réexamen.

ad article 5

Cet article prévoit le fonctionnement pratique de la commission de réexamen ainsi que les mentions obligatoires que doivent revêtir toute décision.

ad article 6

Cet article soumet à la confidentialité tous les intervenants dans la procédure de demande d'accès.

ad article 7

Cet article prévoit la procédure pour fixer les conditions de fonctionnement des services de transports spécifiques.

Ces conditions ont trait notamment aux horaires des services de transport, aux modalités de réservation, à l'admission des chiens, à la délivrance d'une carte ou autre moyen, à la sécurité des bénéficiaires pris en charge (par exemple, ceintures et fixations spécifiques).

ad article 8

Cet article prévoit la procédure pour fixer les termes de la convention prévue à l'article 11 de la loi du xxx sur les services de transports spécifiques.

ad article 9

Cet article fixe l'entrée en vigueur du présent projet de règlement grand-ducal.

ad article 10

Cet article prévoit qui est chargé de l'exécution du présent projet de règlement grand-ducal.

Projet de de règlement grand-ducal déterminant les conditions d'exécution des dispositions de la loi sur les services de transports spécifiques

Fiche financière

L'objet du projet de loi et du règlement grand-ducal consiste en l'introduction d'un cadre législatif et réglementaire dédié aux services de transports spécifiques organisés par le ministre ayant les Transports dans ses attributions.

Ces services ne sont pas une nouveauté mais sont déjà opérés depuis de longues années. Les articles budgétaires existants et destinés à couvrir les frais d'exploitation sont inscrits à la section 20.7 - Transports publics routiers - du budget des dépenses du département des transports du MMTP.

Le tableau ci-dessous reprend le coût d'exploitation des dernières années :

Année	Adapto	CAPABS	Total services de transports spécifiques	
2017	12 038 727,93	35 195 916,49	47 234 644,42	Comptes
2018	13 039 299,03	36 381 161,62	49 420 460,65	Comptes
2019	13 032 079,46	36 808 308,84	49 840 388,30	Comptes
2020	8 283 159,63	36 323 252,34	36 323 252,34	Comptes
2021	8 680 573,33	39 826 500,00	48 507 073,33	Compte provisoire
2022	13 500 000	37 000 000	50 500 000	Budget voté
2023	13 500 000	37 000 000	50 500 000	Pluriannuel
2024	13 500 000	37 500 000	51 000 000	Pluriannuel
2025	13 500 000	37 500 000	51 000 000	Pluriannuel

À noter que le transport est entièrement gratuit pour le bénéficiaire et qu'il n'y a donc pas de recettes provenant de titres de transports ou d'autres sources.

Il convient de préciser que la situation sanitaire a contribué à une baisse notamment des demandes pour transports Adapto en 2020 et 2021 et que les coûts restent largement inférieurs aux budgets votés. La situation est différente pour les transports CAPABS ; une insuffisance de crédit est d'ailleurs inévitable et les comptes, dans le cas d'une autorisation de dépassement afférente, devraient plutôt se situer aux alentours de 39 000 000 euros.

Une augmentation du coût liée au présent projet n'est pas attendue.