

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1224/2011

ATAS/818/2011

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 31 août 2011**

**5ème Chambre**

En la cause

SWICA ASSURANCE-MALADIE SA, Direction régionale de  
Lausanne, sise bd de Grancy 39, Lausanne

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et  
Christine BULLIARD MANGILI, Judges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. R\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1994, souffre notamment de troubles du comportement de type anxieux depuis la petite enfance et a débuté une psychothérapie en juin 2001.
2. Le 2 avril 2007, Monsieur R\_\_\_\_\_ (ci-après : le père de l'assuré) a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité pour assurés âgés de moins de 20 ans révolus auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, devenu depuis lors l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Cette demande tendait à la prise en charge de mesures médicales.
3. Dans un rapport à l'attention de l'OAI du 29 avril 2007, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH pédiatrie et médecin-traitant de l'assuré, a établi avoir diagnostiqué, en 2001, des troubles de la personnalité de type anxieux, angoisses et phobies, agitation et troubles du sommeil depuis la naissance, troubles relationnels et de la communication, pensée et discours souvent confus et des troubles de l'apprentissage. Il s'agissait d'infirmités congénitales. L'assuré suivait une psychothérapie depuis juin 2001 auprès de Madame S\_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute FSP. Sous la rubrique "questions générales au médecin", il mentionnait que l'état de santé de l'assuré s'améliorait, que des mesures médicales permettraient d'améliorer l'intégration ultérieure de l'assuré dans une activité lucrative et qu'il avait besoin d'un traitement médical. Le plan de traitement envisagé était la poursuite de la psychothérapie à raison de deux séances par semaine, le pronostic étant favorable. La durée prévisible du traitement était encore de deux à trois ans au minimum.
4. Par décision du 11 mai 2007, l'OAI a accordé à l'assuré la prise en charge des coûts de la psychothérapie ambulatoire dispensée par Mme S\_\_\_\_\_ à raison de deux séances hebdomadaires du 4 avril 2006 au 31 décembre 2008. Si le traitement médical ou thérapeutique devait se poursuivre au-delà du 31 décembre 2008, une demande de prolongation de prise en charge devait être déposée avant la date d'expiration.
5. Par courrier du 17 novembre 2008, le père de l'assuré a sollicité la prolongation de la prise en charge des frais de psychothérapie ambulatoire. À l'appui de sa demande, il précisait que tant le comportement de son fils - à présent âgé de 14 ans - que ses résultats scolaires étaient en voie d'amélioration et qu'il était indispensable de consolider et poursuivre cette amélioration. Mme S\_\_\_\_\_ - qui continuait de suivre l'assuré - préconisait la poursuite d'une ou deux séances par semaine.
6. Le 9 décembre 2008, le Dr A\_\_\_\_\_ a rempli un questionnaire à l'attention de l'OAI et rendu un rapport. Le diagnostic posé était toujours celui de troubles de la personnalité de type anxieux. Selon ce médecin, il s'avérait nécessaire de

poursuivre la psychothérapie, à raison de deux séances hebdomadaires pendant encore au minimum deux ans, pour lui permettre de consolider sa personnalité et de continuer son apprentissage, au vu de son bon potentiel cognitif. Avec la poursuite de ce traitement, il était possible de formuler un bon pronostic.

7. Par communication du 16 décembre 2008, l'OAI a octroyé une prolongation de la psychothérapie ambulatoire du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2010 et pris à sa charge les coûts y relatifs, étant rappelé que si la mesure médicale devait se poursuivre au-delà de cette date, une demande de prolongation devrait être formulée.
8. Par courrier du 14 novembre 2010, le Dr A\_\_\_\_\_ a sollicité de l'OAI la prolongation de la prise en charge de la psychothérapie ambulatoire de deux ans à raison d'une séance par semaine. À l'appui de sa demande, il indiquait que l'assuré avait progressé dans tous les domaines, qu'il avait acquis de la maturité et qu'une régression des troubles anxieux était constatée, de sorte que l'assuré faisait une meilleure utilisation de son bon potentiel intellectuel ce qui lui avait permis d'intégrer le Collège. Son intégration sociale et son autonomisation progressaient et il était donc important de poursuivre le traitement dispensé par Mme S\_\_\_\_\_ pour consolider ses acquis et sa personnalité, ainsi que l'aider à poursuivre ses apprentissages et son intégration sociale. En conclusion, la poursuite du traitement était essentielle pour l'avenir du jeune homme dont le pronostic était excellent.
9. Dans un rapport du 5 décembre 2010, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué que le pronostic était excellent et qu'une nette continuation de progression était constatée, de sorte que la psychothérapie devait se poursuivre à raison d'une séance hebdomadaire pendant encore "probablement deux ans". La psychothérapie avait permis la poursuite des études grâce à une meilleure utilisation du potentiel intellectuel de l'assuré, une régression de l'anxiété et l'acquisition de maturité. À la question de savoir si l'assuré aura besoin d'un traitement permanent, le médecin répondait par la négative, le traitement devant probablement se terminer deux ans plus tard.
10. Par avis du 19 janvier 2011, le Dr B\_\_\_\_\_, médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après: SMR), a constaté que la psychothérapie - qui durait depuis neuf ans - n'était manifestement pas limitée dans le temps, de sorte qu'il convenait de refuser la prolongation perpétuelle et la prise en charge de la mesure médicale.
11. Le 14 février 2011, l'OAI a communiqué au père de l'assuré, avec copie à la SWICA assurance-maladie SA (ci-après : SWICA ou la recourante), un projet de décision refusant la demande de prolongation de la prise en charge des coûts inhérents à la psychothérapie au motif que les maladies et troubles qui, d'après l'état actuel des connaissances médicales, ne pouvaient être soignés autrement que par un

traitement permanent, ne relevaient pas de la compétence de l'assurance-invalidité. L'OAI retenait que les mesures psychothérapeutiques ne sont pas prises en charge par l'assurance-invalidité quand le pronostic est incertain et que le traitement représente une mesure médicale sans limite dans le temps. Or, le traitement dont bénéficiait l'assuré durait depuis neuf ans n'était manifestement pas limité dans le temps, le médecin traitant de l'assuré mentionnant une durée probable d'encore deux ans, sans qu'il s'agisse de la détermination d'un terme définitif.

12. Le 11 mars 2011, SWICA a formé "une opposition provisoire" au projet de décision du 14 février 2011, tout en précisant qu'elle reprendrait contact avec l'OAI, dès qu'elle aurait pu procéder aux instructions médicales nécessaires.
13. Par décision du 28 mars 2011, dont une copie a été communiquée à la SWICA, l'OAI a confirmé le projet de décision précité.
14. Par courrier du 20 avril 2011 à l'OAI, SWICA a demandé l'annulation de la décision du 28 mars 2011, dans la mesure où cette décision était intervenue prématurément, soit avant qu'elle n'ait pu prendre position. Elle rappelait avoir formulé des objections provisoires le 11 mars 2011 à l'encontre du projet de décision du 14 février 2011 dès lors qu'il lui manquait des éléments pour pouvoir se déterminer en toute connaissance de cause. Pour cette raison, elle reprendrait contact avec l'OAI, dès qu'elle serait en possession des renseignements médicaux souhaités.
15. Le 26 avril 2011, l'OAI a transmis le courrier précité à la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Cour de céans), comme objet de sa compétence.
16. Par courrier du 29 avril 2011, SWICA a indiqué à la Cour de céans que son courrier du 20 avril 2011 ne valait nullement recours. Cela étant, elle se réservait le droit d'interjeter recours, dans le délai imparti à cet effet.
17. Le 12 mai 2011, SWICA a interjeté recours auprès de la Cour de céans contre la décision du 28 mars 2011, concluant à son annulation et à la condamnation de l'OAI à prendre en charge les coûts de la psychothérapie ambulatoire médicalement prescrite par le Dr A\_\_\_\_\_, soit à raison d'une séance hebdomadaire du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2012. À l'appui de son recours, elle indiquait que, dans ses rapports des 14 novembre et 5 décembre 2010, le Dr A\_\_\_\_\_ avait établi que l'assuré avait progressé dans tous les domaines, qu'il avait acquis de la maturité et que les troubles anxieux avaient régressé d'où une diminution de l'inhibition et une meilleure utilisation de son bon potentiel intellectuel, ce qui lui avait permis d'accéder au Collège. La poursuite du traitement s'avérait essentielle et était manifestement nécessaire à la réadaptation professionnelle de l'assuré dont le pronostic était excellent. Si la psychothérapie devait s'arrêter, il y aurait une stagnation de l'évolution favorable. Or, l'intégration sociale et l'autonomisation de

l'assuré progressaient, de sorte qu'il était important de poursuivre le traitement dispensé pour consolider ses acquis et sa personnalité et l'aider à poursuivre ses apprentissages et son intégration sociale. Quant à la durée du traitement, elle devait probablement se terminer dans deux ans; le traitement ne serait en tous les cas pas permanent. Partant, ce traitement ne constituait pas une mesure sans limite de temps ou de durée incertaine, comme le prétendait le médecin du SMR. SWICA se prévalait également d'une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où, sans même attendre sa prise de position quant au projet de décision, l'intimé avait rendu une décision formelle. Or elle avait formulé une opposition provisoire au projet de décision (ATF 115 V 426 ss, consid. 3a et 3b), par courrier du 11 mars 2011.

18. Dans sa réponse du 10 juin 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, considérant notamment que le caractère indéterminé des mesures ne correspondait pas à la jurisprudence fédérale selon laquelle la durée et le caractère durable d'un tel traitement devaient être clairement définis, de même que le succès envisagé. La durée de la psychothérapie dépendait d'une évolution favorable du cas, dont on ne pouvait pas dire si elle se réaliserait ou non et, le cas échéant, quand. En conséquence, l'intimé n'avait pas à assumer le coût de la mesure médicale, même si l'on pouvait attendre un résultat important sur le plan de la réadaptation scolaire, toute mesure médicale ayant un tant soit peu de succès d'un point de vue thérapeutique entraînant également une amélioration des conditions d'apprentissage.
19. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. a) Aux termes de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection, au sens de cette disposition, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire

valoir une personne atteinte par cette décision. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 120 V 39 consid. 2b ; voir aussi ATF 121 II 174 consid. 2b). L'intérêt doit être direct et concret ; en particulier, la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision, tel n'étant pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 125 V 342 consid. 4a).

b) Conformément à l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire (1<sup>ère</sup> phrase). Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (2<sup>ème</sup> phrase).

A teneur de l'art. 88 ter du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201), si l'assuré d'un assureur-maladie visé à l'art. 11 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) requiert de l'assurance des mesures médicales, l'office AI en avisera l'assureur-maladie intéressé.

c) En l'occurrence, en tant qu'assurance-obligatoire des soins de l'assuré, la recourante dispose de la légitimation active, dès lors qu'elle est directement touchée par la décision querellée.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. En effet, le recours a été interjeté le 12 mai 2011 contre une décision datée du 28 mars 2011, étant précisé que les délais sont suspendus du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclusivement (art. 38 et 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à la prise en charge de séances de psychothérapie pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2012 au titre de mesures médicales de réadaptation.
5. La recourante invoque tout d'abord une violation de son droit d'être entendu. Elle se plaint de ce que l'intimé ait rendu la décision litigieuse, sans pour autant attendre qu'elle ne prenne position, alors qu'elle en avait expressément fait la demande formelle dans son opposition "provisoire". Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (cf. ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 124 V 90 consid. 2 notamment).

a) La jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst., qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 127 I 54 consid. 2b, 127 III 576 consid. 2c), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux

faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa, 124 V 180 consid. 1a).

La violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 126 I 70, 126 V 130 consid. 2b et les références).

b) En l'espèce, la Cour de céans relève que l'intimé a ignoré l'opposition provisoire de la recourante et sa demande de délai pour se déterminer sur le projet de décision.

Toutefois, dans la mesure où la recourante a eu la possibilité de faire valoir ses arguments et de produire des éléments médicaux dans le cadre de son recours par devant la Cour de céans, laquelle possède plein pouvoir de cognition, la violation du droit d'être entendu peut être considérée comme réparée.

6. Sur le fond, comme l'intimé n'a pas contesté - à juste titre - l'absence d'infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI et du chiffre 641 OIC, il s'agit d'examiner si le traitement prescrit - à savoir une séance hebdomadaire de psychothérapie du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2012 - doit être pris en charge par l'OAI en vertu de l'art. 12 LAI.
7. a) A teneur de l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable.

L'art. 12 LAI vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 81 consid. 1, 102 V 41 consid. 1 ; RCC 1981 p. 519 consid. 3a).

b) La loi désigne sous le nom de « traitement de l'affection comme telle » les mesures médicales que l'assurance-invalidité ne doit pas prendre en charge. Aussi longtemps qu'il existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection originaire ou ses conséquences, ces soins représentent, du point de vue du droit des assurances sociales, le traitement de l'affection comme telle. La jurisprudence a de tout temps, en principe, assimilé à un phénomène pathologique

labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi, les soins qui ont pour objet de guérir ou de soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie, ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité. En règle générale, l'assurance-invalidité ne prend en charge que des mesures qui sont propres à éliminer ou à corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction, pour autant qu'on puisse en attendre une amélioration durable et importante au sens de l'art. 12 al. 1 LAI. En revanche, l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en charge une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle, même si l'on peut prévoir qu'elle améliorera de manière importante la réadaptation. Dans le cadre de l'art. 12 LAI, le succès de la réadaptation ne constitue pas, en lui-même, un critère décisif car, pratiquement, toute mesure qui réussit du point de vue médical a simultanément des effets bénéfiques sur la vie active (ATF 120 V 279 consid. 3a, 115 V 194 consid. 3, 112 V 349 consid. 2, 105 V 19 et 149, 104 V 82, 102 V 42).

c) Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle (art. 8 al. 2 LPGA). Lorsqu'il s'agit de mineurs, la jurisprudence a précisé que des mesures médicales pouvaient déjà être utiles de manière prédominante à la réadaptation professionnelle et, malgré le caractère encore provisoirement labile de l'affection, pouvaient être prises en charge par l'AI si, sans ces mesures, la guérison serait accompagnée de séquelles ou s'il en résulterait un état défectueux stable d'une autre manière, ce qui nuirait à la formation professionnelle, diminuerait la capacité de gain ou aurait ces deux effets en même temps (VSI 2000 p 65 ; ATF 105 V 19).

Pour les jeunes assurés, une mesure médicale permet d'atteindre une amélioration durable au sens de l'art. 12 al. 1 LAI lorsque, selon toute vraisemblance, elle se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79, 101 V 50 consid. 3b avec les références). De plus, l'amélioration au sens de cette disposition légale doit être qualifiée d'importante. En règle générale, on doit pouvoir s'attendre à ce que des mesures médicales atteignent, en un laps de temps déterminé, un résultat certain par rapport au but visé (ATF 101 V 52 consid. 3c, 98 V 211 consid. 4b).

Ainsi, dans un arrêt récent, la Cour de céans a refusé la prolongation d'une mesure médicale au motif que le médecin traitant n'était pas parvenu à déterminer la durée - pas même prévisible - du traitement qui dépendait de l'évolution, même si le pronostic était favorable (ATAS/355/2011). De même, le Tribunal fédéral a nié le droit d'un mineur atteint d'agénésie du corps calleux, de microcéphalie et d'hypotonie axiale à des mesures médicales, dès lors que la durée desdites mesures ne pouvait pas être prévue de manière précise, vu qu'elles prendraient fin lorsque le développement moteur de l'enfant serait optimisé. Le médecin, qui connaissait le mieux le cas, se trouvait dans l'impossibilité d'être plus précis quant à la durée du

traitement, celui-ci étant conditionné par la seule "évolution favorable" de l'état de santé de l'enfant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1074/2009 du 30 septembre 2010).

d) Selon la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI, valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009 (ci-après : CMRM), les mesures médicales de l'AI ne tendent pas au traitement de l'affection comme telle mais visent la réadaptation professionnelle par la correction de séquelles ou de troubles fonctionnels stabilisés. Elle ont pour but de supprimer ou d'atténuer des séquelles caractérisées par la diminution de la mobilité du corps ou de l'appareil locomoteur, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact, afin de permettre une formation professionnelle, de maintenir la capacité d'accomplir des travaux habituels ou d'améliorer la capacité de gain de façon durable et importante (art. 2 al. 1 RAI). La prise en charge médicale selon l'art. 12 LAI suppose donc que le traitement de la maladie ou de l'accident est terminé mais qu'il subsiste des séquelles (relativement) stabilisées. Le traitement causal ou symptomatique de blessures, d'infections, de maladies internes ou parasitaires, ainsi que les mesures servant au maintien de la vie ou de la santé et celles qui sont dans un rapport étroit de connexité temporelle et matérielle avec le traitement des conséquences primaires d'un accident ou d'une maladie ne représentent pas des mesures médicales de réadaptation, mais des mesures qui visent au traitement de l'affection comme telle. Pour déterminer si l'on se trouve en présence de séquelles stabilisées ou bien du traitement de l'affection comme telle ou d'un état pathologique labile, il faut tenir compte de l'état de santé dans son ensemble au moment de l'application de la mesure requise (CMRM p. B2, n° 38 et ss). Lorsqu'un acte médical ne peut pas être classé indubitablement dans l'un des groupes précités, parce que l'on se trouve en présence d'un état relativement stabilisé mais que celui-ci comporte aussi des éléments caractéristiques du traitement de l'affection comme telle, les conditions de l'art. 12 LAI doivent être considérées comme remplies si le caractère de réadaptation est manifestement prépondérant (CMRM p. B5, n° 51).

En ce qui concerne plus précisément la psychothérapie, elle est décidée chaque fois pour maximum 2 ans et est à la charge de l'assurance-invalidité si elle est indispensable pour atteindre ou assurer l'objectif de la mesure de réadaptation (CMRM p. B10, n° 76). Ainsi, les conditions posées à la prise en charge des frais y relatifs sont réunies en cas d'atteintes psychiques acquises, lorsqu'un traitement spécialisé intensif appliqué durant un an n'a pas apporté d'amélioration suffisante et que, selon les constatations du médecin spécialiste, on peut attendre de la poursuite du traitement qu'il pourra prévenir dans une mesure importante, la menace de lésions et de leurs influences négatives sur la formation professionnelle et l'exercice d'une activité lucrative. Les mesures psychothérapeutiques ne sont par contre pas à la charge de l'assurance-invalidité quand le pronostic est incertain et que le traitement représente une mesure médicale sans limite de temps (CMRM p. D4, n° 645).

8. Dans les domaines des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 no U p. 478nconsid. 2b). Sauf dispositions contraires de la loi, le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 125 V 195 consid. 2, 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence).
9. En l'espèce, il convient d'examiner si les deux critères de l'efficacité et de la durée déterminée du traitement - tels que consacrés par la jurisprudence et la circulaire fédérales - sont remplis, de sorte que l'assuré puisse bénéficier de la prolongation de la prise en charge des coûts y relatifs.

L'assuré souffre d'un trouble de la personnalité anxieux depuis l'enfance. Ce diagnostic a été posé pour la première fois en juin 2001, lorsque l'assuré avait 7 ans. Ce dernier a suivi des séances de psychothérapie dès cette date, dont le coût a été pris en charge par la recourante. Le but de ce traitement a toujours été défini par le Dr A\_\_\_\_\_ comme visant à permettre une meilleure intégration sociale, une autonomisation, une régression des troubles anxieux et une meilleure utilisation du bon potentiel intellectuel de l'assuré. Dès avril 2006 et jusqu'au 31 décembre 2010, la prise en charge des coûts se rapportant à deux séances hebdomadaires de psychothérapie a été assumée par l'OAI (cf. décision des 11 mai 2007 et 16 décembre 2008). Ces décisions ont toujours été rendues sur la base des constatations du Dr A\_\_\_\_\_, desquelles il ressortait que le plan de traitement envisagé était la poursuite de la psychothérapie pour au minimum deux à trois ans à raison de deux séances par semaine, le pronostic étant favorable. Plus récemment, le médecin traitant de l'assuré a rendu un nouveau rapport dans lequel il indiquait que le pronostic était excellent et qu'une nette continuation de progression était constatée, de sorte que la psychothérapie devait se poursuivre, non plus à raison de deux séances hebdomadaires mais d'une seule, pendant une durée probable de deux ans. L'assuré n'aurait ainsi pas besoin d'un traitement permanent, seule une durée probable d'environ deux ans était envisagée.

L'intimé n'a jamais contesté l'évolution positive de la santé de l'assuré grâce à la psychothérapie et le pronostic favorable formulé à son endroit. En revanche, il conteste le caractère limité dans le temps du traitement en procédant à une analyse rétrospective et en s'appuyant sur le fait que la durée probable de la mesure médicale a été évaluée à deux années supplémentaires. Le caractère probable de cette durée supplémentaire de deux ans, ce après 9 ans de traitement, parlerait en faveur d'un traitement permanent.

En l'occurrence, il apparaît que, dès le départ, une durée déterminée ne pouvait être fixée pour la psychothérapie. En effet, celle-ci dépendait manifestement de l'évolution du cas. Ainsi, le Dr A\_\_\_\_\_ n'a pas pu fixer de terme dans son rapport du 29 avril 2007, mais a indiqué que la mesure devait s'étendre sur deux à trois ans au minimum. Le 9 décembre 2008, ce même médecin a déclaré qu'il fallait poursuivre la psychothérapie pendant encore deux ans au minimum. Deux ans plus tard, le Dr A\_\_\_\_\_ n'est toujours pas en mesure de limiter la psychothérapie à une durée déterminée, de sorte qu'il apparaît d'ores et déjà que la mesure devra être prolongée en fonction de l'évolution des troubles de l'assuré.

En définitive, s'il apparaît au degré de la vraisemblance prépondérante que la mesure médicale ne sera pas permanente, il n'en demeure pas moins que la condition de la durée déterminée n'est pas remplie, un terme fixe n'ayant pu être établi par le médecin traitant. Partant, les conditions pour une prolongation de la psychothérapie au sens de l'art 12 LAI et du chiffre 645. 5 CMRM ne sont pas remplies.

C'est donc à raison que l'intimé a refusé la prolongation de la prise en charge de la psychothérapie. Ainsi et sans remettre en cause le bénéfice incontestable pour l'adolescent de la psychothérapie, la Cour constate que cette mesure médicale ne relève pas de l'assurance-invalidité mais de l'assurance-maladie, le cas échéant.

10. Dans la mesure où le recours est rejeté, la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le