

GE_GERICHTE A/2407/2012 vom 27. Februar 2013

GE Cour de justice, 2013-02-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2407_2012

FR: GE_GERICHTE A/2407/2012 du 27 février 2013

IT: GE_GERICHTE A/2407/2012 del 27 febbraio 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Enfant B _____, domicilié à Chêne-Bourg, représenté par son père Monsieur B _____ recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT L'enfant B _____, né en 2001, a souffert dès avril 2006 d'un état émotionnel instable, de trouble du comportement et de difficultés de concentration. Son père a déposé le 3 mars 2008 une demande auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) visant à la prise en charge de la psychothérapie. Un rapport médical du SERVICE MEDICO-PEDAGOGIQUE (ci-après : le SMP) daté du 29 avril 2008 a attesté la présence d'un trouble mixte des conduites et des émotions (CIM-10 : F92) ayant entre autre causé des difficultés d'intégration scolaire chez l'enfant. Dès janvier 2008, une psychothérapie intensive chez Mme C _____, psychologue, a été mise en place. Celle-ci a été complétée en mars 2008 par une thérapie médicamenteuse (Ritaline) sous la direction du Dr L _____. Dans le questionnaire complémentaire, le Dr M _____, chef de clinique du SMP, précisait, d'une part, que l'objectif principal de la psychothérapie était d'aider le patient à accéder à un meilleur fonctionnement social, scolaire et familial, et d'autre part, que le pronostic était susceptible de s'améliorer avec ce traitement qu'il évaluait d'une durée indéterminée. À la suite de ce rapport, l'OAI a mandaté le SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après: SMR) afin de déterminer si les conditions d'octroi de l'infirmité congénitale étaient remplies et si le traitement de psychothérapie pouvait être pris en charge. Le SMR a répondu le 3 juillet 2008 qu'à ce jour, les conditions d'octroi de mesures médicales n'étaient pas remplies. Il a toutefois demandé qu'un rapport complémentaire concernant le QI de l'enfant soit joint au dossier. Concernant l'évaluation du QI, le SMP a relevé par courrier du 18 septembre 2008 que l'enfant présentait de bonnes capacités cognitives le préservant de difficultés scolaires. Par contre, son fonctionnement cognitif pouvait être entravé par moments du fait de l'angoisse qui le désorganisait. C'est pourquoi le SMP n'avait pas procédé à des tests, qui donneraient vraisemblablement des résultats non représentatifs. Au regard du complément apporté, le SMR a constaté que l'enfant était d'intelligence normale. Il a également relevé l'absence de trouble de la perception et de trouble de la concentration. Dès lors, le SMR a conclu que les conditions d'octroi des mesures médicales n'étaient pas remplies. L'OAI a rendu le 15 octobre 2008 un projet de refus de mesures médicales, y compris la psychothérapie. Par courrier du 19 novembre 2008, la Dresse N _____, cheffe de clinique-adjointe du SMP, a précisé les aspects pathologiques décelés chez l'enfant. Elle a notamment indiqué qu'en classe les conditions étaient difficiles pour cet enfant qui a tendance à se fermer. Seul face à une tâche, il est massivement inhibé et dans l'incapacité de la réaliser. S'il y entre, il est très lent. Sa capacité de concentration est fortement diminuée par l'angoisse. Il est facilement distrait

et perd parfois le fil de sa pensée. Alors que rassuré et contenu par la relation individuelle, il fonctionne mieux. Elle relate qu'il a fait l'objet de maintes exclusions de la classe et a dû changer d'établissement en raison de son débordement d'agressivité qui était un danger pour lui et ses camarades. Selon le médecin, sans aide thérapeutique le risque d'augmentation de son retard scolaire serait grand et nécessiterait une intégration dans le système spécialisé, ce qui serait regrettable au vu de son potentiel intellectuel. Après avoir requis un nouvel avis du SMR, l'OAI, par décision du 11 décembre 2008, a refusé l'octroi de mesures médicales pour l'infirmité congénitale y compris la psychothérapie, les conditions n'étant pas remplies. Néanmoins, une nouvelle demande pouvait être déposée après une année de traitement intensif, soit en janvier 2009. Le 12 janvier 2009, le père de l'enfant a déposé une nouvelle demande visant à la prise en charge de séances de psychothérapie, à raison de deux séances par semaine. Le SMP a établi un rapport médical en date du 20 mars 2009 faisant toujours état d'un trouble mixte des conduites et des émotions (CIM-10 : F92) chez l'enfant. La Dresse O _____, cheffe de clinique, a spécifié qu'il nécessitait un besoin impérieux d'être investi et contenu. A défaut, il se désorganise tant sur le plan de la pensée que du comportement. S'il est rassuré, ses angoisses de persécutions sont moins présentes. Elle note qu'il établit une relation d'accrochage, proche du collage à l'autre et que ses capacités de symbolisations sont faibles. En outre, la Dresse mentionne une agitation motrice très importante. Lorsqu'il est débordé, il a tendance à des passages à l'actes agressifs ou un retrait relationnel massif qui engendre une restriction de ses relations sociales et une grande souffrance. Ses difficultés à supporter les règles et les frustrations le conduisent à des explosions de rage liées à un vécu d'effondrement et des angoisses de perte. Afin de permettre une meilleure organisation et un meilleur développement de ses capacités relationnelles, cognitives et effectives, la Dresse O _____ considère que la poursuite de la psychothérapie semble essentielle et indique que le traitement de Ritaline se poursuit. Par communication du 24 mars 2009, l'OAI a octroyé la prise en charge de la psychothérapie ambulatoire dispensée par Mme D _____, psychologue, à raison de deux séances par semaine, pour la période du 24 janvier 2009 au 31 janvier 2011. Sur demande du SMR, la prise en charge de la psychothérapie ambulatoire a été prolongée pour la période du 1 février 2011 au 31 janvier 2012. Le 1^{er} décembre 2011, la Dresse P _____, cheffe de clinique adjointe du SMP, a déposé une nouvelle demande de prolongation. Elle a indiqué que l'enfant avait une bonne évolution sur le plan relationnel. En revanche, au niveau familial, la séparation de ses parents l'avait beaucoup perturbé en réactivant des angoisses massives d'abandon et d'effondrement. La poursuite de la psychothérapie était essentielle. Par avis du 13 février 2012, le Dr Q _____, du SMR, a observé que la psychothérapie n'avait pas eu l'effet escompté du point de vue de la formation et que les éléments de bénéfice n'étaient en lien qu'avec les symptômes de la maladie. Il ajoutait qu'un facteur extérieur sans lien avec l'affection avait aggravé l'état de l'enfant, à savoir la séparation de ses parents. Il a conclu que le droit à la prise en charge n'était plus ouvert. Un projet de décision de refus daté du 20 février 2012 a été notifié par l'OAI au père de l'enfant, lequel, par courrier du 19 mars 2012, a contesté la position de l'OAI. Mme D _____, psychologue, a dans un courrier daté du 5 avril 2012 déploré les conséquences sévèrement dommageables qu'entraînerait l'arrêt de la psychothérapie, à savoir notamment une régression du fonctionnement psychique sous forme de défenses rigides et invalidantes du type clivage et déni. Invité à se déterminer le SMR a considéré que la psychothérapie vise le traitement de l'affection comme telle de sorte qu'il convenait de refuser la prolongation demandée. L'OAI a refusé la prolongation du traitement de

psychothérapie par décision du 14 juin 2012, motif pris que l'amélioration de l'apprentissage ne dépendait plus vraiment de la psychothérapie mais bien plus de facteurs extérieurs, à savoir un environnement soutenant et bienveillant. De plus, il était à craindre que le traitement s'inscrive dans la durée étant donné que l'arrêt du traitement serait à même de faire resurgir les symptômes. Enfin, la psychothérapie viserait uniquement à la neutralisation des symptômes, soit au traitement de l'affection en tant que telle. Le père de l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans en date du 27 juillet 2012. Il conclut à l'octroi de la prise en charge du traitement de psychothérapie pour son fils du 31 janvier 2012 jusqu'au 31 décembre 2012 à raison d'une séance par semaine. Il s'engage par la suite à pourvoir seul à la prise en charge de la psychothérapie si celle-ci s'avérait toujours nécessaire après cette ultime prolongation. Il soutient qu'un arrêt brutal du traitement constituerait un risque de réapparition des symptômes, notamment des angoisses massives. Concernant l'argument selon lequel l'amélioration de l'apprentissage ne dépendrait plus de la psychothérapie, il répond que celle-ci est une des mesures qui permet à l'enfant d'affronter ses angoisses en plus d'un appui scolaire renforcé et d'une maman de jour. Dans sa réponse du 29 août 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Selon l'avis du SMR, la psychothérapie doit s'inscrire dans la durée et il s'agit du traitement de l'affection en tant que telle, la psychothérapie visant principalement à la neutralisation des symptômes. De plus, il n'est pas établi que le traitement comporte des objectifs définis dans une limite de temps raisonnable. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 26 septembre 2012. Le père de l'enfant a précisé que par manque de fonds il a dû réduire, dès la décision de refus de l'OAI, le traitement à une seule séance par semaine. Cela n'a pas causé de rechute chez son fils en ce qui concerne l'apprentissage et la relation avec ses camarades. Par contre, durant l'été aucune séance n'a eu lieu ce qui a eu pour conséquence une réapparition des angoisses, surtout la nuit, et des difficultés à dormir. Son fils est très demandeur de la relation avec sa psychologue. Le père de l'enfant a expliqué que le prix d'une séance est de 150 fr., soit 12 000 fr. par an et que la caisse-maladie ne prend en charge que le 75% à concurrence de 3 000 fr. par an. Il a ajouté avoir recours au télétravail afin d'aménager plus de temps pour son fils. Enfin, le traitement de Ritaline a été suspendu avec succès. La représentante de l'intimé a confirmé la position de l'OAI et relevé que l'amélioration de l'apprentissage de l'enfant n'apparaît pas dépendre de la psychothérapie, ce que semble admettre le père de l'assuré. Le 3 octobre 2012, la Cour de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger. EN DROIT 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^{er} 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision. L'alinéa 2 du même article prévoit que les art. 38 à 41 sont applicables par analogie. L'art. 38 LPGA dispose que si le délai, compté par jours, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication. Enfin, l'art. 38 al.4 let. b LPGA prévoit que les délais fixés en jours par la loi ou l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. En l'espèce, la décision de l'OAI est datée du 14 juin 2012, de sorte que le délai de trente jours court dès le 16 juin 2012 au plus

tôt. Compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août 2012, le recourant avait jusqu'au 16 août 2012 pour interjeter recours, ce qu'il a fait par acte daté du 27 juillet 2012 envoyé par pli recommandé du 2 août 2012. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (cf. ég. art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RSG E 5 10). Le litige porte sur le droit de l'assuré à la prise en charge de la prolongation du traitement de psychothérapie pour la période du 31 janvier au 31 décembre 2012. En vertu de l'art. 12 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, 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 sa 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, ATF 102 V 41 consid. 1 ; ATF non publié 9C_1074/2009). Aux termes de l'art. 2 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact – pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate. a) Par « traitement de l'affection comme telle », la loi désigne 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 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. Ce n'est qu'au moment où la phase du phénomène pathologique labile (primaire ou secondaire) est achevée et qu'un état stabilisé ou relativement stabilisé est apparu, qu'on peut se demander – dans le cas des assurés majeurs – si une mesure médicale est une mesure de réadaptation. 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^{er} LAI (ATF 120 V 279, consid. 3a). De plus, 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 277 consid. 3a p. 279, 115 V 191 consid. 3 p. 194 s., ATF non publié 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.1, ATF non publié 9C_850/2011 du 5 avril 2012, consid. 4.1). La Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) publiée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) précise au chiffre 54 que l'assurance-invalidité peut exceptionnellement prendre en charge des mesures médicales de réadaptation selon l'art. 12 LAI, alors même qu'il n'existe pas encore d'état stabilisé ou relativement stabilisé, lorsqu'on peut s'attendre avec une certitude suffisante à ce que les mesures préconisées permettent d'éviter la menace ultérieure de graves séquelles stabilisées difficilement corrigibles susceptibles d'influencer d'une manière importante la capacité de gain ou la formation professionnelle (art. 8 al. 2 LPGA; art. 5 al. 2 LAI). Cependant, il doit exister une atteinte à la santé. La prophylaxie des maladies proprement dite ainsi que les mesures qui se bornent à repousser le moment de l'installation d'un état stabilisé sont toutefois exclues. 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). Dès lors, pour ces assurés, les mesures médicales servent avant tout à la réadaptation professionnelle et incombent à l'assurance-invalidité en dépit du caractère non stabilisé de l'atteinte, si un état défectueux stable ou un état stabilisé pouvant entraver la formation professionnelle ou la capacité de gain devait survenir dans un avenir prévisible à défaut de telles mesures, et pour autant que les autres conditions soient remplies (ATF 100 V 32 consid. 1a; ATF 98 V 214 consid. 2). A l'inverse, les mesures médicales ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité dans le cas d'assurés mineurs lorsqu'elles portent sur des maladies psychiques, qui en l'état des connaissances de la médecine, ne peuvent s'amender de manière durable sans traitement continu, comme c'est par exemple le cas pour la schizophrénie (ATF 105 V 19). Ainsi, lorsqu'il s'agit de mineurs, des mesures médicales peuvent 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 (ATF 105 V 19 ; VSI 2000 p 65). 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 ATF 101 V 50 consid. 3b et les références). Le chiffre 63 CMRM précise que dans le cas des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative, les mesures qui tendent à empêcher ou à retarder un état pathologique ou tout autre état stabilisé peuvent assurément s'étendre sur un certain laps de temps; elles ne sauraient par contre revêtir un caractère durable, c'est-à-dire qu'elles ne sauraient être requises indéfiniment. Il faut encore que le pronostic favorable soit établi avec une vraisemblance suffisante. En cas de troubles psychiques, l'historique de la maladie doit être pris en considération pour évaluer le résultat qu'il y a lieu d'escompter d'une mesure médicale (ATFA non publié I 343/04 du 3 décembre 2004, consid. 2.2). En particulier, plus un laps de temps important s'est écoulé depuis le début du traitement entrepris, plus l'issue de celui-ci apparaît incertaine. De plus, l'amélioration au sens de 12 al. 1 LAI doit être qualifiée d'importante (ATFA I 532/04 du 8 février 2005, consid. 2.3, ATF 101 V 52 consid. 3c, ATF 98 V 211 consid. 4b ; ATF non publié 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.2 et 2.3). La loi ne prévoit pas de mesures destinées à conserver un résidu

incertain de capacité de gain. La question du caractère important du succès de la réadaptation doit, en outre, être résolue d'après les particularités du cas d'espèce, la gravité de l'infirmité et du genre de l'activité lucrative exercée par l'assuré ou entrant en ligne de compte pour lui dans le cadre d'une réadaptation optimale. Dès lors, il n'y a pas lieu de prendre en considération les circonstances personnelles qui n'ont pas de rapport avec l'activité lucrative exercée par l'assuré (ATF 115 V 191 consid. 5a). En l'espèce, s'agissant du droit à la prolongation de la psychothérapie à titre de mesure nécessaire à l'intégration scolaire et professionnelle, il convient de constater que l'assuré suit un traitement de psychothérapie depuis quatre ans (janvier 2008) et qu'il a bénéficié d'une prise en charge de son traitement par l'intimé durant trois ans (janvier 2009 à janvier 2012). En 2008, le Dr M_____ faisait état de difficultés majeures d'intégration scolaire, de problèmes relationnels et d'une grande agitation. Dans ce contexte, l'objectif principal du traitement était d'aider le patient à accéder à un meilleur fonctionnement social, scolaire et familial (questionnaire du 29 avril 2008). La Dresse N_____ rapportait des conditions difficiles en classe, de maintes exclusions et un changement d'établissement relatifs aux angoisses et à un débordement d'agressivité chez l'enfant. Elle insistait sur la nécessité d'un appui thérapeutique, sans lequel l'augmentation du risque de retard scolaire était grand ce qui nécessiterait une intégration dans le système spécialisé (courrier du 19 novembre 2008). La Dresse O_____ observait, en 2009, des difficultés pour l'enfant à supporter les règles et les frustrations, ce qui le conduisait à des explosions de rage liées à un vécu d'effondrement et à des angoisses de perte qui rendait, selon elle, essentielle la poursuite de la psychothérapie. L'objectif principal était de permettre une meilleure organisation et un meilleur développement des capacités relationnelles, cognitives et affectives. Elle projetait une amélioration de l'état du patient avec la poursuite du traitement (rapport médical du 20 mars 2009). En 2011, la même praticienne informait l'intimé que le patient avait nettement moins recours à des mouvements agressifs pour se protéger (rapport médical du 12 janvier 2011). La Dresse P_____ rapportait qu'au niveau relationnel, le patient était au bénéfice d'une bonne évolution. Il semblait vivre le regard des autres avec moins d'angoisses et de persécutions. Meilleure était son intégration aux groupes. Par contre, ses apprentissages restaient lents (courrier du 1^{er} décembre 2011). Madame E_____ a également relevé que le patient restait lent, mais qu'une évolution favorable lui permettait de se maintenir scolairement. Elle recommandait néanmoins la poursuite du traitement afin de permettre au patient de poursuivre et de consolider son évolution. Son estime insuffisante de lui, entre autre, ne lui permettait pas encore un niveau suffisant d'autonomie. Au vu de ces éléments, la Cour de céans constate que la psychothérapie de quatre ans suivie par l'enfant lui a permis de s'adapter, de rester dans le système scolaire normal et d'évoluer favorablement. Cela étant, si le traitement a eu, certes des effets positifs, il convient de rappeler que le succès de la réadaptation ne constitue pas, en lui-même, un critère décisif, car toute mesure médicale qui réussit du point de vue médical a des effets bénéfiques sur la vie active. Encore faut-il que le traitement permette de présager un résultat certain dans un laps de temps déterminé. Or, en l'occurrence, la psychologue a indiqué dans son rapport du 5 avril 2012 qu'un arrêt du traitement engendrerait des conséquences sévèrement dommageables, à savoir une régression du fonctionnement psychique sous forme de défenses rigides et invalidantes de type clivage et déni. Le père de l'enfant a expliqué à la Cour de céans qu'après la diminution de la psychothérapie à une séance par semaine, le recourant n'avait pas subi de rechute sur la plan de l'apprentissage et de la relation avec ses camarades, mais que lors d'une période sans séance l'enfant s'était vu en proie à la

réapparition d'angoisses. Il soutient qu'un arrêt brutal du traitement constituerait un risque de réapparition des symptômes, notamment d'angoisses massives. A cela s'ajoute que selon la Dresse P _____, la séparation des parents a beaucoup perturbé l'enfant en réactivant des angoisses massives d'abandon et d'effondrement. Concernant la durée du traitement, hormis le Dr M _____ qui mentionnait une durée indéterminée en 2008, aucun des médecins ne s'est par la suite prononcé quant à la durée prévisible du traitement. En définitive, il n'est pas contesté que l'interruption de la prise en charge aurait pour conséquence la réapparition des symptômes alors que le traitement se poursuit depuis plus de quatre ans. Au vu des pronostics médicaux, l'on ne saurait conclure à un résultat certain de la psychothérapie dans un laps de temps déterminé. A la lumière de toutes ces circonstances, force est d'admettre, avec l'intimé, que la psychothérapie doit s'inscrire dans la durée et qu'elle vise le traitement de l'affection en tant que telle (cf. ATF non publié 9C_850/2011 du 5 avril 2012), de sorte que les conditions de l'art. 12 LAI ne sont pas remplies. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, ne peut qu'être rejeté. Selon l'art. 69 al.1bis LAI, en dérogation à l'art. 61 let a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumis à des frais de justice, dont le montant doit se situer entre 200 et 1000 fr. Au vu de la nature du litige, un émolument de 200 fr. est mis à la charge du recourant, qui succombe. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.