

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/400/2016

ATAS/706/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 septembre 2016

4^{ème} Chambre

En la cause

KPT CAISSE-MALADIE SA, Service juridique, sise Tellstrasse
18, BERNE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

A_____, enfant mineur, agissant par sa mère Madame B_____,
domiciliée au LIGNON

appelé en
cause

Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le 1^{er} février 2010, A_____ (ci-après : l'assuré ou l'appelé en cause), né le _____ 1999, a déposé par l'intermédiaire de sa mère une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour mineurs auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a indiqué souffrir d'une infirmité congénitale consistant en difficultés de concentration et d'attention ainsi que de contrôle des émotions. Il était suivi par le service médico-pédagogique (devenu par la suite l'office médico-pédagogique, ci-après : OMP) depuis juin 2007.

Dans le questionnaire de l'assurance-invalidité relatif aux mesures médicales, joint à sa demande, la doctoresse C_____, cheffe de clinique à l'OMP, a diagnostiqué une perturbation de l'activité et de l'attention (F 90.0) ainsi que des autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels (F 92.8), tous présents depuis juin 2007. L'assuré éprouvait de grandes difficultés à s'intégrer socialement à l'école. L'état de santé était stationnaire. Une psychothérapie individuelle à raison de deux séances par semaine était susceptible d'améliorer de façon importante la possibilité d'une réadaptation à la vie active dans le futur. Selon l'anamnèse, le père de l'assuré était décédé peu après la naissance de celui-ci dans un accident de moto. A partir de l'âge de 6 ans, l'assuré avait présenté d'importants troubles du comportement et de la concentration qui avaient été « reliés » par sa mère à la séparation du couple parental (mère et beau-père). Les plaintes consistaient notamment en difficultés de concentration et d'attention, irritabilité, thymie labile, difficultés de socialisation, agitation et cauchemars répétitifs. L'assuré était angoissé et souvent victime de ses pairs.

2. Dans l'annexe au rapport médical du 1^{er} mars 2010 concernant le syndrome d'hyperactivité (chiffre 404 de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 ([OIC; RS 831.232.21]), la Dresse C_____ a indiqué que l'assuré présentait de nombreux comportements inadaptés à son âge liés à des difficultés à contenir des affects ainsi qu'un contact peu différencié selon la situation et la personne avec lesquelles il interagissait. Il oscillait entre des moments où sa pulsionnalité était très contrôlée et d'autres où elle s'exprimait sans filtres. Il avait d'importantes difficultés à rester centré sur une tâche. Il lui était difficile de focaliser son attention notamment lorsqu'il s'agissait de la porter sur des choses qui pourraient l'affecter comme provoquer des sentiments dépressifs (estime de soi et angoisse de séparation). Il présentait des sentiments d'abandon importants. Les éléments diagnostics du syndrome d'hyperactivité avaient été observés et diagnostiqués dès 2007 à l'OMP par la doctoresse D_____, pédopsychiatre, qui avait instauré des consultations thérapeutiques. Puisque le diagnostic d'hyperactivité n'existait pas en tant que tel dans la CIM-10, la demande de prestations de l'assurance-invalidité retenait des troubles des conduites (opposition, familiarité, concentration défaillante, manque de continuité de la pensée, pulsionnalité débordante) ainsi que des troubles relationnels et affectifs (angoisses de séparation notamment). Le but recherché par la psychothérapie consistait, en vue

de lui permettre une meilleure intégration sociale et un meilleur fonctionnement cognitif (symbolisation, attention), à aider l'assuré à parvenir à une meilleure différenciation d'avec autrui et à mieux filtrer ses expériences afin de ne pas trop s'inhiber ou au contraire s'exciter/agiter ainsi qu'à acquérir une meilleure conscience de soi-même.

3. Dans un avis du 27 avril 2010, le Docteur E_____, pédiatre FMH et médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré qu'on ne pouvait pas admettre l'infirmité congénitale 404 OIC (troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs chez les sujets d'intelligence normale) au motif que les troubles des pulsions, de la perception et de l'attention n'étaient pas décrits de manière convaincante.
4. A la suite de la demande de précision de la part de l'OAI en date du 2 juillet 2010, la Dresse C_____ a indiqué dans un rapport du 5 août 2010 que les troubles des pulsions se manifestaient par une oscillation fréquente entre contrôle et décharge. L'assuré tolérait mal la frustration. Il agissait sans réfléchir, voulait tout faire à la fois, pouvait s'exciter rapidement et avoir des réactions affectives brusques ainsi qu'inattendues. Les troubles de la perception consistaient en difficultés à se représenter les intentions d'autrui à partir de son comportement, perte des repères temporels et spatiaux, difficulté à organiser sa pensée, mauvaise intégration corporelle avec maladresse et erreurs de jugement à partir des perceptions. S'agissant des troubles de l'attention, outre les troubles déjà mentionnés dans le précédent rapport, l'assuré était souvent perdu dans ses rêveries, il peinait à écouter, oubliait ses devoirs. Il présentait aussi une grande passivité à l'école.
5. Dans un nouvel avis du 27 septembre 2010, le Dr E_____ a admis la prise en charge de la psychothérapie sous couvert du chiffre 404 OIC.
6. Par communication du 4 octobre 2010, l'OAI a accepté de prendre en charge les coûts de la psychothérapie ambulatoire médicalement prescrite en rapport avec l'infirmité congénitale 404 OIC et dispensée par Madame F_____, psychothérapeute, à raison de deux séances hebdomadaires du 29 avril 2009 au 30 avril 2011. En cas de poursuite du traitement médical ou thérapeutique à cette échéance, l'assuré devait déposer une demande écrite de prolongation de sa prise en charge avant son expiration. Dans une autre communication du même jour, l'OAI a accepté de prendre en charge les frais de traitement de l'infirmité congénitale 404 (OIC), y compris les contrôles médicaux, les consultations psychothérapeutiques et le traitement médicamenteux si nécessaire du 1^{er} février 2009 au 31 décembre 2019, soit à la fin du mois de l'atteinte des 20 ans révolus. Une prolongation au-delà du 31 décembre 2019 était exclue et un traitement ultérieur tombait dans le domaine de l'assurance-maladie.

7. Lors d'un téléphone avec l'OAI en date du 21 août 2012, un psychologue de l'OMP s'est étonné que les factures de Monsieur G_____, psychologue-psychothérapeute, soient payées sans nouvelle communication de la part de l'OAI.
8. Par communication du 21 août 2012, l'OAI a accepté de prendre en charge la psychothérapie ambulatoire médicalement prescrite en lien avec l'infirmité congénitale 404 (OIC) et dispensée par Monsieur G_____, à raison de deux à trois séances hebdomadaires du 14 octobre 2011 au 31 octobre 2012.
9. Dans une note de travail du 21 août 2012, le gestionnaire de l'OAI a indiqué que désormais, il y avait lieu de payer uniquement les factures de psychothérapie sous « octroi de psychothérapie ambulatoire » et les autres frais (contrôles médicaux, traitement médicamenteux) sous « octroi mesures médicales ».
10. Dans un résumé d'évaluation psychologique reçu le 17 octobre 2012 par l'OAI, la Dresse C_____ a précisé que l'assuré était suivi en psychothérapie par Monsieur G_____ depuis le 14 octobre 2011 à raison d'une séance hebdomadaire. Sur le plan scolaire, malgré ses difficultés attentionnelles et de concentration, il était parvenu à passer son année pour entrer au cycle d'orientation. L'assuré éprouvait des difficultés à exprimer ses émotions sans se sentir débordé. Les angoisses diffuses, parfois de persécution, étaient encore très présentes avec comme nouveauté la possibilité de les évoquer. Il présentait un risque patent de débordement psychique l'ayant conduit à des passages à l'acte hétéro-agressifs et potentiellement auto-agressifs, avec la présence d'idées suicidaires et des fugues. Sa scolarisation dans un nouveau cycle, l'entrée dans l'adolescence et son placement dans un foyer nécessitaient un renforcement du cadre psychothérapeutique car la fragilité de ses assises narcissiques et identitaires était particulièrement sensible aux fluctuations et changements dans son environnement. Au vu de cette symptomatologie, la Dresse C_____ a préconisé la poursuite des séances de psychothérapie individuelles hebdomadaires auxquelles devaient s'ajouter la participation hebdomadaire à une psychothérapie de groupe d'adolescents au vu d'une part, de la nécessité de travailler sur la fragilité de mentalisation ainsi que sur la répression des affects qui restaient les causes les plus probables de l'anxiété et d'autre part, du risque encore important de passages à l'acte hétéro-agressifs, voire auto-agressifs.
11. Par communication du 22 octobre 2012, l'OAI a accepté de prendre en charge du 1^{er} novembre 2012 au 31 octobre 2014, la psychothérapie médicalement prescrite en lien avec l'infirmité congénitale 404 (OIC) et dispensée par Monsieur G_____, à raison d'une à deux séances hebdomadaires, ainsi que la participation hebdomadaire à une psychothérapie de groupe d'adolescents.
12. Par courrier du 23 janvier 2015 adressé à Monsieur G_____, l'OAI a accusé réception de sa facture du 26 décembre 2014 l'informant que l'assuré poursuivrait son traitement. Il lui a demandé de lui adresser un rapport détaillé contresigné par le médecin ayant ordonné ce traitement.

13. Dans un résumé d'évaluation psychologique transmis à l'OAI le 26 février 2015, la doctoresse H_____, cheffe de clinique à l'OMP, a exposé que l'assuré avait été placé dans plusieurs foyers depuis le mois de juillet 2012 et avait fait l'objet d'un placement judiciaire d'observation à l'établissement de détention pour enfants et adolescents de la Clairière en mai et juin 2014. Les difficultés familiales, sociales ainsi que celles relatives à l'intégration scolaire de l'assuré avaient conduit le Tribunal des mineurs et le réseau médico-social à décider d'un placement à l'institut Saint-Raphaël à Grimisuat où l'assuré résidait depuis le mois de juillet 2014. Ce nouveau dispositif avait été complété notamment par la poursuite de la psychothérapie prenant la forme d'un traitement ordonné de justice, dispensé par Monsieur G_____ à raison d'une séance hebdomadaire. L'assuré avait notablement progressé dans sa capacité à exprimer ses émotions et, plus généralement, à parler de lui. L'intensité des angoisses, en particulier celles de persécution, avait considérablement diminué, laissant la place à des inquiétudes moins projectives et de ce fait plus intériorisées et authentiques. Il subsistait encore, le plus souvent en lien avec des événements douloureux conflictuels, une occurrence possible de mouvements de débordement psychique qui avaient conduit l'assuré à des passages à l'acte tels que des fugues de courtes durées ou encore des violences verbales dans le cadre de son environnement de vie. Il persistait également des fluctuations de l'humeur avec des phases de découragement et perte de motivation alternant avec d'autres phases où sa confiance pouvait être excessive. La Dresse H_____ a recommandé la poursuite des séances de psychothérapie à un rythme hebdomadaire à partir du 31 octobre 2014 et durant le placement en Valais. L'assuré devait impérativement poursuivre ce travail d'introspection qui devait lui permettre de mieux se comprendre et s'intégrer parmi ses camarades ainsi que d'envisager sa future insertion dans le monde du travail. Ce rythme des séances de psychothérapie pourrait devoir être revu à la hausse, à savoir deux séances hebdomadaires, si l'assuré devait quitter l'institut Saint-Raphaël pour revenir vivre à Genève.
14. Dans un avis du 6 août 2015, le Dr E_____ a considéré que le diagnostic restait peu clair et que l'assuré était sous psychothérapie depuis plus de six ans, sans amélioration évidente. Les « conditions du chiffre 404.11 » n'étaient pas remplies, car le bénéfice du traitement n'était pas évident. Il y avait lieu de supprimer la prise en charge. En cas d'opposition, un rapport très complet établi par un médecin psychiatre – et pas seulement cosigné par celui-ci – était nécessaire avec mention précise des diagnostic, durée du traitement, anamnèse détaillée notamment des six dernières années, but recherché par le traitement et pronostic justifiant celui-ci.
15. Par projet de décision du 11 août 2015, adressé à la mère de l'assuré avec copie à la caisse-maladie CPT-KPT (ci-après : la caisse ou la recourante), l'OAI a rejeté la demande de prolongation du traitement de psychothérapie. Il a considéré que les conditions d'octroi n'étaient plus remplies car le bénéfice du traitement n'était pas évident.

16. Le 2 septembre 2015, la caisse s'est opposée audit projet. Elle a fait grief à l'OAI de n'avoir pas pris toutes les mesures d'instruction nécessaires dès lors que son médecin avait pris position sans avoir examiné l'assuré. Etant donné que les psychothérapeutes préconisaient la poursuite du traitement, il appartenait à l'OAI de prendre en charge la poursuite de la psychothérapie.
17. Sur demande de l'OAI, dans un rapport du 1^{er} décembre 2015, la Dresse H_____ a diagnostiqué un trouble mixte des conduites et troubles émotionnels, sans précision (F 92.9) et un trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition (F 94.2). Elle a précisé que la symptomatologie était compatible avec un trouble de la personnalité émotionnellement labile (F 60.3), diagnostic qui était toutefois employé avec réserve car il était habituellement utilisé chez les adultes. L'assuré présentait une organisation limite de la personnalité organisée de longue date avec au premier plan des épisodes anxieux massifs et des difficultés relationnelles très importantes ainsi qu'une humeur fluctuante. La symptomatologie TDAH restait toujours bien présente tout en étant difficilement séparable du trouble affectif et de la personnalité. En effet, plusieurs symptômes de cette lignée étaient présents, à savoir les troubles du comportement et du contact, l'impulsivité très importante, la perception et l'attention qui restaient variables. Actuellement, l'assuré ne présentait pas de délires ou hallucinations, ni d'idées noires ou de projets suicidaires. Le contexte familial était extrêmement fragile sur le plan social et psychiatrique. Selon la Dresse H_____, la psychothérapie hebdomadaire intégrée à la prise en charge globale était fondamentale à la stabilité de l'état psychique de l'assuré. Elle lui permettait de penser et d'articuler ses vécus souvent difficiles, de comprendre son propre fonctionnement et celui d'autrui dans ces situations, dans un espace non jugeant et à l'abri des stimulations environnementales. L'appui psychothérapeutique avait contribué à éviter de nombreuses hospitalisations et des passages à l'acte aussi bien auto-agressifs que hétéro-agressifs aux conséquences plus importantes que celles ayant eu lieu. Il avait également contribué au maintien des capacités de raisonnement que l'assuré pouvait utiliser lors des périodes de scolarisation ou lors des stages. Le pronostic du traitement était actuellement moyennement favorable. En effet, la psychothérapie ne visait pas la disparition de la symptomatologie, ni du trouble psychique, mais l'atténuation de l'intensité des symptômes affectifs, la poursuite de la baisse de la fréquence des symptômes comportementaux, une amélioration de l'estime de soi et un renforcement identitaire permettant à l'assuré une meilleure gestion de son trouble au quotidien.
18. Dans un nouvel avis du 17 décembre 2015, le Dr E_____ a exposé que, dans son rapport du 1^{er} décembre 2015, la Dresse I_____ (recte : H_____) estimait que si la symptomatologie TDAH était toujours présente, elle apparaissait manifestement comme secondaire. Il a relevé que le rapport du 5 août 2010, ayant permis la prise en charge de l'infirmité congénitale 404 OIC à une époque où les conditions d'une telle prise en charge étaient floues, ne serait actuellement pas suffisant. Pour ces raisons, en plus de celles exprimées dans l'avis du 6 août 2014, une prise en charge

sous couvert du chiffre 404 OIC n'était pas admissible. S'agissant des mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection, les conditions d'une prise en charge n'apparaissent pas remplies. En effet, l'atteinte n'était pas stabilisée dès lors que le traitement s'adressait avant tout aux symptômes de l'affection comme telle, le pronostic était douteux et la durée du traitement était indéterminée.

19. Par décision du 5 janvier 2016 adressée à la mère de l'assuré en courrier recommandé avec copie à la caisse, l'OAI a confirmé sa position en se basant sur l'avis du médecin SMR. Le pli ayant été renvoyé à l'expéditeur par la Poste le 28 janvier 2016, au motif qu'il n'avait pas été réclamé, l'OAI a renvoyé la décision par pli simple, le même jour.
20. Par courriel du 27 janvier 2016, la doctoresse J_____, à la Clairière, a demandé à l'OAI un formulaire pour l'ORIF expliquant que l'assuré était actuellement placé à la Clairière avec un projet d'intégration à l'ORIF de Sion dès que possible.
21. Par acte du 5 février 2016, la caisse a formé recours contre ladite décision. Elle a conclu sous suite de frais et dépens, à la prise en charge par l'intimé de la prolongation du traitement. Elle a reproché à l'intimé d'avoir relégué au second plan la symptomatologie TDAH alors que la Dresse H_____ n'avait nullement indiqué que ces troubles étaient devenus secondaires et d'avoir considéré que le bénéfice du traitement n'était pas évident. Au contraire, dans son rapport médical, la Dresse H_____ relevait que la symptomatologie TDAH restait toujours bien présente et que plusieurs symptômes de cette lignée persistaient. Il ressortait des différents rapports médicaux que le traitement psychothérapeutique s'avérait encore nécessaire au vu des problèmes dont l'assuré souffrait et qu'il avait eu des effets bénéfiques sur ce dernier. Quand bien même le traitement ne visait pas la disparition de la symptomatologie mais bien sa diminution d'intensité, il n'y avait pas lieu de mettre fin à sa prise en charge, ce d'autant plus que l'assuré était encore adolescent et qu'il y avait lieu de le protéger ainsi que de l'aider à se construire. Faute de traitement adéquat, il y avait lieu de craindre un état stabilisé défectueux ayant des conséquences néfastes sur la formation professionnelle de l'assuré.

Elle a produit dans la procédure un rapport du 28 janvier 2016 établi par le docteur K_____, généraliste FMH et médecin conseil de la recourante, selon lequel il doutait que dans son rapport du 1^{er} décembre 2015, la Dresse I_____ (recte : H_____) ait voulu dire que le TDAH était secondaire. Il interprétait différemment ses explications, à savoir que même si le TDAH était lié à d'autres pathologies, son rôle était prépondérant. Par ailleurs, les autres diagnostics qu'elle mentionnait faisaient partie des troubles du développement psychologique (F 90). Le traitement de psychothérapie ambulatoire avait été jugé par les psychiatres comme efficace et ayant permis à l'assuré d'évoluer de manière positive avec une baisse des passages à l'acte et une meilleure gestion de son anxiété ainsi que de ses difficultés de concentration. Le Dr K_____ s'est étonné que l'intimé ne tienne plus compte de sa

communication du 4 octobre 2010 par laquelle il avait stipulé que le traitement psychothérapeutique serait pris en charge jusqu'à l'âge de 20 ans révolus.

22. Dans sa réponse du 8 mars 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a repris les mêmes arguments que ceux déjà mentionnés dans son projet de décision et sa décision. Selon lui, il n'y avait pas d'amélioration évidente à la suite du traitement de psychothérapie initié le 29 avril 2009, au vu des épisodes d'hospitalisation entre 2012 et 2015 ainsi que de la recrudescence des importantes difficultés que l'appelé en cause présentait au départ. Après plus de six ans de traitement, la continuation de celui-ci ne pouvait plus être considéré comme simple et adéquat. Par conséquent, une prise en charge sous le couvert de l'OIC 404 était exclue. Les conditions de la prise en charge en tant que mesures médicales n'ayant pas pour objet le traitement de l'affection comme telle n'étaient pas réunies car il s'agissait d'une thérapie de longue durée et dont le résultat escompté ne permettait pas d'établir un pronostic sûr.

Il a produit dans la procédure un nouvel avis du Dr E_____ daté du 12 février 2016 prenant position sur l'avis du médecin conseil de la recourante. D'après le médecin SMR, l'amélioration de l'état de santé de l'assuré était tout sauf évidente puisque, selon le rapport de la Dresse H_____, dès 2012 et durant les quatre années suivantes, plusieurs épisodes d'hospitalisation avaient été nécessaires dans le contexte de troubles du comportement avec hétéro-agressivité et idéations suicidaires. Par conséquent, les « conditions du chiffre 404.11 » n'étaient pas remplies même si l'assuré semblait aller un peu mieux à la fin 2015. La communication du 4 octobre 2010 comportait effectivement une erreur, les consultations thérapeutiques et non pas psychothérapeutiques étaient prises en charge jusqu'à l'âge de 20 ans sous le couvert du chiffre 404 OIC.

23. Par ordonnance du 10 mars 2016, la chambre de céans a appelé en cause l'assuré, soit pour lui sa mère, dans la mesure où il était intéressé par l'issue de la présente procédure ayant pour objet de déterminer si le traitement de psychothérapie au-delà du 31 octobre 2014 est à la charge de l'assurance-invalidité. Elle lui a imparti un délai pour se déterminer sur la procédure. Le pli envoyé par courrier recommandé n'ayant pas été réclamé par la mère de l'assuré, il lui a été envoyé une nouvelle fois par pli simple le 30 mars 2016. L'appelé en cause ne s'est pas déterminé.
24. Dans sa réplique du 29 mars 2016, la recourante a répété que, selon le rapport de la Dresse H_____, la psychothérapie avait des effets bénéfiques. Elle a persisté dans ses conclusions précédentes.
25. Le 26 avril 2016, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé et à l'appelé en cause, puis a gardé la cause 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 - 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.

2. 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, respectivement le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. 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 131 V 298 consid. 3; ATF 120 V 39 consid. 2b; voir aussi ATF 137 II 40 consid. 2.3). 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 131 V 298 consid. 3; ATF 130 V 196 consid. 3; ATF 127 V 80 consid. 3a/aa).

En vertu de l'art. 60 al. 1 LPA-GE, ont qualité pour recourir notamment les parties à la procédure qui a abouti à la décision attaquée (let. a) et toute personne qui est touchée directement par une décision et a un intérêt personnel digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (let. b).

En l'espèce, étant destinataire de la décision attaquée et devant prêter pour le traitement de psychothérapie en cas de refus de prise en charge de la part de l'intimé, la recourante est directement touchée par la décision querellée et a un intérêt à ce que ladite décision soit modifiée. Par conséquent, elle possède la qualité pour agir.

6. Le litige porte sur le droit de l'appelé en cause à une mesure médicale de l'assurance-invalidité sous couvert de l'infirmité congénitale n° 404 de l'OIC, plus particulièrement à la prolongation de la prise en charge par l'intimé d'une psychothérapie individuelle à partir du 1^{er} novembre 2014.
7. a) En vertu de l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA) jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établit une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il peut exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'OIC.

Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

D'après l'OIC, sont réputées infirmités congénitales les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant. La simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant (art. 1 al. 1). Sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3).

Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC (dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} mars 2012) qualifie d'infirmité congénitale les « troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la

mémorisation, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année ».

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 29 février 2012, le chiffre 404 qualifiait d'infirmité congénitale les « troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs chez les sujets d'intelligence normale, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année (syndrome psycho-organique, psychosyndrome dû à une lésion diffuse ou localisée du cerveau et syndrome psycho-organique congénital infantile) ».

Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC et la pratique administrative concernant cette disposition sont conformes à la loi (ATF 122 V 113 consid. 1b).

b) Le syndrome psycho-organique ne se retrouve ni dans la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10), ni dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par la Société américaine de psychiatrie, 4ème édition (DSM-IV), lesquels ne prévoient pas de diagnostic qui correspondrait exactement aux critères selon le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC. Tant le syndrome psycho-organique que le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH ou TDA/H prévu par le DSM-IV) ou le trouble hyperkinétique associé à un trouble des conduites (F90.1) constituent des descriptions de syndromes qui reposent sur des concepts de maladie et des modèles de représentation différents, mais qui se recoupent toutefois s'agissant des symptômes cliniques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_435/2014 du 10 septembre 2014 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_300/2007 du 14 janvier 2008 consid. 3.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 572/03 du 15 mars 2004).

D'après la jurisprudence, il est reconnu dans le monde médical que les symptômes du syndrome psycho-organique (SPO) et du TDAH provoquent ou s'accompagnent d'autres maladies psychiques telles que la dépression, les troubles anxieux ou de dépendance. Le SPO/TDAH constitue une maladie complexe comportant un large spectre de symptômes se manifestant par des problèmes émotionnels – faible estime de soi, manque d'assurance, irritabilité, manque de motivation, humeur labile – de l'agressivité ou des états dépressifs. Les symptômes du TDAH apparaissent du plus jeune âge jusqu'à l'âge adulte, avec des particularités propres à l'âge et au sexe du sujet concerné. Chaque enfant souffrant d'un tel trouble présente des limitations qui peuvent varier dans leur forme et leur intensité d'un sujet à l'autre. Aux particularités de chacun correspondent ainsi des besoins thérapeutiques différents. Peuvent par exemple se manifester à l'adolescence : l'inattention, l'envie de rien, le refus de fournir des prestations, l'opposition agressive, la diminution importante de l'estime de soi, des peurs et des dépressions, des contacts avec des groupes marginaux, une propension à la délinquance, à la consommation d'alcool et de stupéfiants (arrêt du Tribunal fédéral 9C_917/2011 du 28 mars 2012 consid. 3.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 29/06 du 9 août 2007 consid. 6.1).

Comme toute mesure de réadaptation, le traitement médical des infirmités congénitales est également soumis au principe de proportionnalité. Pour que la mesure puisse être mise à la charge de l'assurance-invalidité, elle doit ainsi être appropriée et nécessaire pour atteindre le but visé (Pratique VSI 1/2001 p. 71 consid. 4b et la référence).

Au vu de la teneur de l'art. 2 al. 2 OIC, le traitement médical est pris en charge aussi longtemps qu'il est indiqué et que le rapport entre les chances de succès et son coût reste raisonnable. Lorsque le traitement a permis de corriger l'infirmité congénitale admise antérieurement par l'AI au point qu'elle n'atteint plus le degré de gravité requis, le droit aux mesures médicales persiste aussi longtemps que le traitement reste indiqué et qu'on puisse attendre une amélioration (ATF 120 V 89; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], n° 1567).

Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même. La jurisprudence admet toutefois qu'elles puissent traiter une affection secondaire qui n'appartient certes pas à la symptomatologie de l'infirmité congénitale, mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente (ATF 129 V 207 consid. 3.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 283/04 du 15 avril 2005 consid. 3.2 et les références citées; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 355/01 du 12 octobre 2001 consid. 1). Pour cela, il doit exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien très étroit de causalité adéquate.

c) Selon la circulaire sur les mesures médicales, publiée par l'office fédéral des assurances sociales (ci-après : CMRM, valable depuis le 1^{er} janvier 2015), les assurés ont droit aux mesures médicales au sens des art. 3 LPGA et 13 LAI dès que l'infirmité congénitale nécessite un traitement (dont font partie les contrôles médicaux d'une infirmité congénitale établie en toute certitude) et que le traitement offre des chances de succès. Sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale reconnaît qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3 OIC). Les prestations octroyées doivent être économiques. Il faut que la décision de l'office AI permette de connaître le genre, la durée (horizon temporel) et, autant que possible, le volume (intensité et/ou fréquence, nombre de séances de physiothérapie ou de psychothérapie) et le but de la prestation, sachant qu'une mesure médicale ne peut pas être d'une durée indéterminée et doit autant que possible être coordonnée avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là. Un contrôle régulier de la réussite thérapeutique du traitement, associant les médecins traitants, doit être effectué régulièrement (ch. 14). S'agissant de l'infirmité congénitale 404 OIC, il faut vérifier au plus tard au bout de deux ans si le traitement octroyé est adapté et efficace et s'il a des chances de succès. Il n'est possible et souhaitable de le prolonger que sur

présentation d'un certificat établi par un médecin spécialiste confirmant clairement le succès et l'intérêt du traitement (ch. 404.11).

8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

9. En l'espèce, dans sa décision du 5 janvier 2016, l'intimé légitime son refus de prendre en charge la poursuite du traitement de psychothérapie notamment par le diagnostic demeurant peu clair. Il reprend l'avis du Dr E_____ du 17 décembre 2015 exposant que « pour ces diverses raisons (...) une prise en charge sous couvert de l'art. 13 OIC 404 n'est pas admissible ». Par cette formule, le médecin SMR se

réfère notamment à sa considération précédente, à savoir que le rapport du 5 août 2010 ayant permis d'admettre le chiffre 404 OIC ne serait actuellement pas suffisant et que si la symptomatologie TDAH est toujours présente selon le rapport de la Dresse I_____ (recte : H_____), elle apparaît manifestement comme secondaire.

En réalité, dans sa décision, l'intimé ne fait que reprendre la motivation du Dr E_____ sans procéder à un examen juridique de la situation. Or, dans la mesure où, par communication du 4 octobre 2010, l'intimé a accepté de prendre en charge les frais de traitement de l'infirmité congénitale 404 OIC si nécessaire du 1^{er} février 2009 au 31 décembre 2019 et que, par la suite, il n'a pas reconsidéré ou procédé à une révision de cette décision informelle en l'annulant, l'on voit mal comment l'argument que le chiffre 404 OIC ne serait actuellement pas suffisant pour retenir un diagnostic de TDAH pourrait légitimer une proposition de refus dans la présente procédure. En effet, lorsque l'assurance-invalidité entend revenir sur l'octroi de prestations ayant fait l'objet d'une simple communication (art. 74^{ter} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]) avec laquelle l'assuré était d'accord si bien qu'il n'y a pas eu de décision formelle (art. 74^{quater} RAI), les règles relatives à la reconsidération et la révision d'une décision entrée en force sont également applicables (ATF 129 V 200 consid. 1.1). Par conséquent, force est de constater qu'en réalité l'intimé ne conteste pas que les critères diagnostiques permettant de conclure à une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'OIC sont réalisés, mais allègue que le traitement est motivé par une symptomatologie secondaire au TDAH et conteste le bénéfice dudit traitement. Aussi, il convient d'examiner en premier lieu, si le traitement est motivé par le TDAH ou par des symptômes secondaires.

10. Selon le rapport de la Dresse H_____ du 1^{er} décembre 2015, l'appelé en cause a présenté des troubles du comportement et de la concentration à l'école à l'âge de 7 ans, avec angoisses importantes et forte labilité émotionnelle. A ce moment-là, ont été posés les diagnostics de troubles des conduites et trouble émotionnel ainsi qu'un probable TDAH. L'appelé en cause présente de longue date une organisation limite de la personnalité organisée avec, au premier plan, des épisodes anxieux massifs et de difficultés relationnelles très importantes ainsi qu'une humeur fluctuante. Le diagnostic actuel consiste en trouble mixte des conduites et troubles émotionnels, sans précision ainsi qu'en trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition. La symptomatologie TDAH diagnostiquée à l'âge de 7 ans reste toujours bien présente - troubles du comportement et du contact, impulsivité très importante, troubles de la perception et attention variable - tout en étant difficilement séparable du trouble affectif et de la personnalité. Le pronostic du traitement est actuellement moyennement favorable car la psychothérapie ne vise pas la disparition de la symptomatologie, ni du trouble psychique, mais l'atténuation de l'intensité des symptômes affectifs, la poursuite de la baisse de fréquence des symptômes comportementaux, une amélioration de l'estime de soi et

un renforcement identitaire permettant à l'appelé en cause une meilleure gestion de son trouble au quotidien.

Dans son avis du 17 décembre 2015, le Dr E_____ indique que la Dresse I_____ (recte : H_____) « estime que si la symptomatologie TDAH est toujours présente, elle apparaît manifestement comme secondaire ».

Dans son rapport, la Dresse H_____ ne précise aucunement que ladite symptomatologie est secondaire. Par conséquent, il s'agit d'une interprétation par le Dr E_____ du rapport de la Dresse H_____. Or, dans son avis, le médecin SMR se borne à utiliser le mot « manifestement » sans donner la moindre explication permettant de comprendre quels sont les éléments qui lui permettent d'aboutir à une telle conclusion. Par conséquent, d'après la jurisprudence relative à l'appréciation des rapports médicaux, un tel avis sans aucune motivation n'a pas de valeur probante. Quoiqu'il en soit, selon la jurisprudence susmentionnée (cf. supra consid. 6b), le fait que la symptomatologie TDAH soit difficilement séparable du trouble affectif et du trouble de la personnalité chez l'appelé en cause est inhérent aux symptômes du TDAH qui provoquent ou s'accompagnent d'autres maladies psychiques telles que la dépression et les troubles anxieux, soit précisément la symptomatologie qu'il présente consistant en épisodes anxieux massifs et humeur fluctuante. Par conséquent, ladite symptomatologie décrite par la Dresse H_____ n'est pas secondaire au TDAH mais appartient à ce dernier.

11. En second lieu, il convient d'examiner si le traitement de psychothérapie requis dès le 1^{er} novembre 2014 est bénéfique.

a) Dans son rapport du 1^{er} décembre 2015, la Dresse H_____ expose qu'à l'âge de 12 ans, l'état de l'appelé en cause (né en _____ 1999) s'est péjoré avec l'augmentation tant des troubles du comportement (impulsivité, passages à l'acte hétéro-agressifs), que des difficultés relationnelles et affectives, qu'enfin de la symptomatologie dépressive avec la présence d'idéations suicidaires. De 2012 à 2015, plusieurs hospitalisations ont été nécessaires dans le contexte de troubles du comportement avec hétéro-agressivité et idéations suicidaires. Un traitement médicamenteux a également été introduit dans le contexte d'importantes angoisses et impulsivité. Dès l'entrée dans l'adolescence, l'appelé en cause a connu une recrudescence d'angoisses dans la relation à l'autre ainsi que concernant son image. Après quelques mois de scolarité au cycle d'orientation, il a été suivi par le centre thérapeutique de jour des Saules. Après huit mois, une reprise du cycle d'orientation a été possible avec d'importants succès scolaires. Après une phase d'amélioration, l'appelé en cause a connu une recrudescence des importantes difficultés qu'il connaissait au départ ainsi qu'entre 2014 et 2015. Il a poursuivi sa scolarité dans le cadre de l'internat Saint-Raphaël. Depuis 2013, le suivi est un traitement ordonné par la justice avec placements en foyer ou internat, suite à des actes de violence hétéro-agressifs dans le cadre du foyer où il vivait à Genève.

Dans son avis du 12 février 2016, le Dr E_____ considère que l'amélioration de l'état de santé de l'appelé en cause au bénéfice d'une psychothérapie depuis mai 2009 est tout sauf évidente au vu des épisodes d'hospitalisation dans le contexte de troubles du comportement avec hétéro-agressivité et idéations suicidaires. Il en déduit que les conditions du « 404.11 CMRM » ne sont donc pas remplies, quand bien même l'appelé en cause semblait aller un peu mieux à la fin de l'année 2015.

b) En l'espèce, le Dr E_____ conclut à l'absence de bénéfice du traitement de psychothérapie en se basant uniquement sur les épisodes d'hospitalisation qui ont été nécessaires entre 2012 et 2015, sans tenir compte des bénéfices décrits par la Dresse H_____ résultant de la prise en charge globale et de la psychothérapie en particulier, ni de l'entrée de l'appelé en cause dans l'adolescence. En effet, dans son rapport, la Dresse H_____ fait état d'une meilleure capacité de prise de conscience, une amélioration de la compréhension des affects et de leur régulation, respectivement une amélioration de l'état de l'appelé en cause dans le cadre des relations qu'il peut établir, une diminution et une meilleure gestion de son anxiété, de ses difficultés de concentration et de ses troubles du comportement dans les périodes stables ainsi qu'une diminution de la fréquence des passages à l'acte dans les périodes instables. Elle précise que l'appui psychothérapeutique a contribué à éviter de nombreuses hospitalisations, des passages à l'acte auto-agressifs et héro-agressifs aux conséquences plus importantes que celles ayant eu lieu et a également contribué au maintien des capacités de raisonnement.

Il ressort également du rapport de la Dresse H_____ que les périodes d'hospitalisation entre 2012 et 2015 ainsi que les troubles du comportement correspondent à des passages à l'acte dans les périodes instables. Or, âgé de 13 à 16 ans à cette époque, l'appelé en cause se trouvait en pleine adolescence, soit une période où peuvent se manifester notamment l'opposition agressive et une propension à la délinquance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 29/06, op. cit., consid. 6.1). De plus, dans son rapport reçu le 17 octobre 2012, la Dresse C_____ précise que l'appelé en cause est particulièrement sensible aux fluctuations et changements dans son environnement et que l'entrée dans l'adolescence va influencer ses assises narcissiques et identitaires.

En définitive, l'avis du Dr E_____ du 12 février 2016 est incomplet et n'a ainsi pas de valeur probante dès lors qu'il ne tient pas compte de l'aggravation du TDAH qui peut se manifester à l'adolescence par l'apparition de nouveaux symptômes ou une accentuation des symptômes déjà présents, sans que cette évolution ne permette de tirer de quelconques conclusions quant au succès du traitement. Quant au rapport de la Dresse H_____, il a pleine valeur probante dès lorsqu'il contient une anamnèse, ses observations, les bénéfices constatés du traitement et les bénéfices futurs escomptés du traitement, soit les éléments permettant de statuer sur le bénéfice du traitement. De plus, le Dr E_____ n'invoque aucun élément fondé permettant de douter de l'appréciation de la Dresse H_____ qui confirme le succès et l'intérêt du traitement psychothérapeutique.

c) L'intimé soutient encore que le traitement ne peut plus être considéré comme simple et adéquat en tant qu'il dure depuis plus de six ans.

Selon la jurisprudence, il convient de déterminer si le traitement litigieux permet, d'après la science médicale, de freiner l'évolution l'affection et, si oui, dans quelle mesure. C'est à cette condition que le juge peut déterminer si la prestation est simple et adéquate, au regard des effets que l'on peut en attendre d'après la science médicale. A cet égard, le seul fait qu'une mesure médicale ne supprime ou ne stabilise pas durablement les symptômes d'une maladie, mais en retarde uniquement l'aggravation ou en atténue temporairement les effets, ne permet d'exclure d'emblée ni son caractère scientifiquement reconnu, ni son caractère simple et adéquat (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 462/01 du 4 juillet 2002 consid. 2b).

En l'espèce, selon la Dresse H_____, la psychothérapie vise l'atténuation de l'intensité des symptômes affectifs, la poursuite de la baisse de la fréquence des symptômes comportementaux, une amélioration de l'estime de soi et un renforcement identitaire permettant à l'appelé en cause une meilleure gestion de son trouble au quotidien. Ces précisions établissent qu'au vu des effets escomptés, le traitement est simple et adéquat.

En définitive, les conditions requises par l'art. 2 al. 3 OIC et le chiffre 404.11 CMRM sont remplies, de sorte que la prise en charge du traitement de psychothérapie par Monsieur G_____ doit être prolongée dès le 1^{er} novembre 2014 pour une période de deux ans, à raison d'une à deux séances hebdomadaires. Même si la recourante ne mentionne pas le terme de cette prise en charge dans ses conclusions, il convient de la limiter au 31 octobre 2016, soit la durée de deux ans prévue par le chiffre 404.11 CMRM.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 5 janvier 2016 sera annulée.

Obtenant gain de cause, la recourante prétend à des dépens. Or, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 149 consid. 4 et ATF 118 V 158 consid. 7). En l'occurrence, la recourante ne satisfait à aucune de ces conditions, de sorte qu'elle n'a pas droit à des dépens.

Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 5 janvier 2016.
3. Dit que l'appelé en cause a droit à la prise en charge par l'intimé du traitement de psychothérapie prodigué par Monsieur G_____ pour une période de deux ans, à raison d'une à deux séances hebdomadaires, soit du 1^{er} novembre 2014 au 31 octobre 2016.
4. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
5. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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