

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1585/2011

ATAS/926/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 octobre 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

SWICA ASSURANCE-MALADIE, Direction régionale de
Lausanne, sise boulevard de Grancy 39, 1001 Lausanne

recourants

Madame N_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Sandra FIVIAN
DEBONNEVILLE

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. N_____ (ci-après l'assurée), née en 2000 est assurée contre les risques de maladie auprès de SWICA ORGANISATION DE SANTE (ci-après l'assurance).
2. Le 19 novembre 2006, le père et représentant légal de l'assurée a déposé une demande de mesures médicales pour son compte auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI).
3. Dans un rapport du 29 décembre 2006, Madame O_____, psychologue-psychothérapeute FSP, a précisé que l'assurée lui avait été adressée par une logopédiste. La fillette s'exprimait de manière "bébé", articulait mal et déformait les mots. La psychologue a indiqué que "la fillette, d'apparence très sage, était assez persécutée", et s'en défendait par un contrôle excessif et tout puissant de la relation à l'adulte. Elle vivait un sentiment de tristesse et des angoisses de séparation, supportait mal la frustration, avait peur de son avidité et de son envie. Elle peinait à prendre sa place de petite fille. La psychothérapie avait pour but d'éviter le développement durable d'un trouble de la personnalité avec des aspects dépressifs et narcissiques, un traitement logopédique complémentaire devant être envisagé.
4. Dans son rapport du 5 février 2007, la Dresse A_____, médecin adjoint auprès de la Consultation de guidance infantile des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG) a posé les diagnostics de trouble mixte des conduites et des émotions (F 92) et de trouble de l'acquisition du langage (F 80.1) depuis septembre 2005 ainsi que de trouble de l'acquisition de la lecture (F 81.0) depuis septembre 2006. Elle a précisé que l'état de l'assurée s'améliorait mais qu'un traitement médical était nécessaire et contribuerait à améliorer l'intégration ultérieure de l'assurée dans une activité lucrative. L'assurée avait consulté en raison d'un retard de langage et de difficultés de comportement: elle ne supportait aucune contrariété, se "bloquait massivement", ce qui avait des répercussions tant sur ses relations que sur son apprentissage. Elle était très anxieuse, avait de nombreux pleurs et souffrait de cauchemars récurrents. L'important blocage sur le plan de l'apprentissage de la lecture ne s'était pas amendé malgré un soutien important. La psychothérapie débutée en octobre 2005 avait permis d'assouplir son comportement et d'améliorer son langage, mais les progrès restaient insuffisants. Depuis une année et demi, l'évolution avait été manifeste mais une importante souffrance persistait, en lien avec un narcissisme fragile et des angoisses persistantes. Le traitement consistait en une psychothérapie à raison de deux séances par semaine depuis octobre 2005, et devrait être poursuivi pendant au moins deux ans. Une logopédie était également à envisager. La Dresse A_____ a indiqué dans le formulaire "Questionnaire en cas d'OIC 404" que l'assurée présentait des troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, des troubles des pulsions ainsi que des

troubles de la perception, de la concentration et de la faculté d'attention malgré une intelligence normale.

5. Le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'AI (SMR), a indiqué dans son avis du 23 mai 2007 que la symptomatologie décrite était annoncée sous chiffre 404 de l'annexe à l'ordonnance concernant les infirmités congénitales, mais que le diagnostic évoquait plutôt une pathologie correspondant au chiffre 401. Il a demandé que la Dresse A_____ précise si la pathologie de l'assurée faisait partie du registre des affections de type psychotique, à classer sous chiffre 401, ou correspondait à un syndrome psycho-organique, inclus dans les affections répertoriées sous chiffre 404.
6. La Dresse A_____ a confirmé par courrier du 22 juin 2007 que l'assurée ne souffrait pas d'un trouble psychotique mais que ses atteintes remplissaient les critères de classification sous chiffre 404. Elle a ajouté que le pronostic était bon à condition que le traitement psychothérapeutique soit poursuivi, raison pour laquelle le remboursement était demandé.
7. L'OAI a communiqué au père de l'assurée par courrier du 2 juillet 2007 qu'il prenait en charge les coûts de la psychothérapie ambulatoire médicalement prescrite à raison de deux séances par semaine du 1^{er} octobre 2006 au 31 octobre 2008. Une prolongation de la prise en charge ne pourrait être examinée que sur demande motivée.
8. Dans un courrier du 18 novembre 2008, la Dresse A_____ a informé l'OAI que l'assurée gardait une fragilité narcissique la poussant à se renfermer rapidement et à exercer un important contrôle sur l'autre. Elle poursuivait sa scolarité malgré son trouble du langage et de la lecture, mais des aspects émotionnels et relationnels pouvaient menacer sa scolarité. La prolongation du traitement à raison de deux séances par semaine pendant deux ans était dès lors indiquée.
9. Par communication du 24 novembre 2008, l'OAI a accepté la prise en charge des coûts de la psychothérapie ambulatoire médicalement prescrite à raison de deux séances par semaine du 1^{er} novembre 2008 au 31 octobre 2010.
10. Dans un rapport du 30 octobre 2010, Madame O_____ a relevé que l'assurée avait poursuivi son évolution. Le contrôle de la relation demeurait, mais son comportement à la maison s'était normalisé. Les conflits parentaux constituaient une surcharge pour son développement psychique. Les problèmes de santé récemment rencontrés par son frère avaient suscité des angoisses de mort importantes, même si elle était désormais un peu plus sereine et acquérait un peu d'autonomie. Elle avait progressé au plan scolaire, mais fonctionnait encore en-dessous de ses capacités cognitives. Il était nécessaire de poursuivre la psychothérapie pendant deux ans au moins.

11. Dans un courrier à l'OAI du 10 novembre 2010, la Dresse A_____ a indiqué que l'évolution de l'assurée était positive, celle-ci étant plus à l'aise dans la relation et avançant dans ses apprentissages, malgré un fonctionnement encore lent et laborieux. Elle devait progresser aux plans émotionnel et relationnel pour parvenir à se différencier de sa mère et relâcher l'important contrôle qu'elle cherchait à exercer sur ce qui l'entourait. Le travail sur ces points avec Madame O_____, avec qui l'enfant avait établi une relation de confiance, était primordial afin d'éviter un risque de régression dans la période de préadolescence.
12. Dans son courrier du 26 novembre 2010 à la Dresse A_____, l'OAI a relevé que l'assurée était suivie depuis 2005 sans modification de l'intensité du traitement, et que la question de l'adéquation du traitement se posait. Par conséquent, la Dresse A_____ était priée d'indiquer les résultats du traitement observés, sa durée, les conséquences d'un arrêt du traitement, la possibilité de diminuer la fréquence des séances de psychothérapie et de préciser si l'assurée aurait besoin d'un traitement permanent.
13. Celle-ci s'est exécutée le 9 décembre 2010. S'agissant de l'évolution de l'assurée, elle s'est référée à son courrier du 10 novembre 2010 et au rapport de la psychologue du 30 octobre 2010. La durée probable du traitement était de deux à cinq ans. Il existait un risque de rechute et de décompensation au moment de l'adolescence, et l'arrêt du traitement pouvait avoir de lourdes conséquences sur son développement émotionnel et sa scolarité. Il était également trop tôt pour envisager de réduire la fréquence des consultations, mais le suivi ne serait probablement pas permanent à condition que le cap de l'adolescence soit franchi sans problème majeur. Il s'agissait d'éviter une décompensation à l'adolescence, accompagnée d'un risque d'échec scolaire et de marginalisation.
14. Par courrier du 16 décembre 2010, la Dresse A_____ a transmis le rapport de Madame O_____ du 11 décembre 2010. Selon la psychologue, la psychothérapie avait permis une bonne progression. Ainsi, le trouble du langage avait quasiment disparu, le comportement en famille avait beaucoup évolué, l'assurée verbalisant mieux ses frustrations et ses sentiments et semblant plus heureuse et plus ouverte. Elle avait surmonté son inhibition et ses difficultés d'apprentissage, et était bonne élève lorsqu'elle n'était pas troublée affectivement par des événements. Le traitement devrait être poursuivi pendant au moins trois ans afin de lui permettre de se consolider et d'aborder le cycle d'orientation dans les meilleures conditions, car elle était déjà angoissée à cette idée. L'arrêt de la thérapie présentait un risque de régression et de décompensation dépressive avec baisse des résultats scolaires. C'est l'intensité du traitement qui avait permis l'évolution favorable, et la continuité des séances était importante pour la fillette, hypersensible aux séparations, qui avait montré qu'elle n'était pas prête à diminuer leur fréquence. Si l'assurée n'aurait sans doute pas besoin d'un traitement permanent, elle était

fragile et il était possible que des interventions ponctuelles soient nécessaires au cours de sa croissance.

15. Dans son avis du 2 février 2011, le Dr C _____, spécialiste FMH en pédiatrie, du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'AI (SMR), a relevé que si la thérapie avait certes amené des bénéfices, on pouvait douter de son efficacité réelle sur les apprentissages cinq ans après sa mise en place. Il a préconisé de ne pas prolonger la prise en charge de la psychothérapie.
16. Le 11 février 2011, l'OAI a adressé un projet de décision au père de l'assurée, aux termes duquel la psychothérapie n'était plus prise en charge dès le 1^{er} novembre 2010. Il a retenu que l'assurée était en psychothérapie depuis cinq ans, alors que l'efficacité de cette mesure médicale sur les apprentissages et la formation n'était pas clairement démontrée, la durée du traitement ne pouvant être déterminée et les consultations ne pouvant être espacées. De plus, le risque d'une décompensation à l'adolescence montrait que l'état de santé n'était pas stabilisé.
17. Les parents de l'assurée se sont déterminés par courrier du 27 février 2011. Ils ont rappelé le trouble sérieux du développement qui affectait leur fille, que la psychothérapie avait permis de soulager. Elle avait néanmoins encore besoin de beaucoup de soutien, et une prise en charge thérapeutique de longue durée était nécessaire afin de prévenir les risques de rechute. Il était dès lors indispensable de poursuivre ce traitement. Par conséquent, ils ont demandé la poursuite de la prise en charge à raison de deux séances par semaine jusqu'à fin juin 2011 puis d'une séance par semaine.
18. Dans son courrier du 28 février 2011, la Dresse A _____ s'est déclarée très surprise par le projet de décision de l'OAI, selon lequel l'efficacité de la thérapie n'était pas clairement démontrée. Elle relevait qu'aux termes des rapports établis, ce traitement avait précisément permis à l'assurée de poursuivre une scolarité satisfaisante et une vie sociale adaptée. Ce médecin a rappelé les excellents résultats apportés par la psychothérapie sur les émotions et les facultés cognitives de l'assurée, et souligné que la nécessité de poursuivre le traitement et la fragilité de l'assurée ne suffisaient pas à conclure à son inefficacité. Il convenait également de tenir compte du fait que l'entrée dans l'adolescence était un moment de crise, présentant un risque de régression majeur pour une enfant fragilisée par un problème psychologique, et il était primordial que la thérapie ne s'arrête pas brusquement. S'agissant du pronostic quant à la durée du traitement, il était difficile de donner une réponse sûre, raison pour laquelle elle avait indiqué une marge de deux à cinq ans. Si la durée du traitement escomptée était la cause du refus de prise en charge, le pronostic pouvait être revu en ce sens que la fréquence des séances pouvait être réduite à une consultation par semaine dès le printemps 2011, et la fin du traitement envisagée pour juin 2012.

19. Par courrier du 11 mars 2011, l'assurance a formulé des objections provisoires à l'encontre du projet de décision de l'OAI.
20. Dans son avis du 14 avril 2011, le Dr C_____ a considéré que le risque de régression majeur décrit par la Dresse A_____ démontrait que l'état de santé n'était pas stabilisé. De plus, la psychothérapie devait être considérée comme un traitement durable après cinq ans, et la demande de prolongation n'était pas limitée dans le temps. Partant, le droit aux mesures médicales aux fins de réadaptation n'était pas donné.
21. Par décision du 27 avril 2011, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision en reprenant les arguments développés par le Dr C_____ dans son avis du 14 avril 2011.
22. Par acte du 30 mai 2011, l'assurance (ci-après la recourante) a interjeté recours contre la décision de l'OAI (ci-après l'intimé), enregistré sous le numéro de cause A/1585/2011. Elle conclut à l'annulation de la décision litigieuse et à la prise en charge des coûts de la psychothérapie. Elle relève que son droit d'être entendu n'a pas été respecté par l'intimé, qui a rendu une décision avant même qu'elle ait pu lui faire part de ses observations. Elle allègue que les rapports de la Dresse A_____ démontrent que la poursuite du traitement est manifestement nécessaire à la réadaptation professionnelle, et qu'un état défectueux stable existerait à défaut de psychothérapie. Le traitement est de plus efficace, puisque l'assurée est devenue bonne élève. La recourante souligne que selon la jurisprudence, des traitements étendus dans le temps peuvent être à la charge de l'assurance-invalidité. Par ailleurs, la recourante conteste que le traitement soit de durée indéterminée puisque la Dresse A_____ et la psychologue en ont prévu la fin dans les deux à cinq ans.
23. Par acte du 31 mai 2011, les parents de l'assurée (ci-après les recourants) ont à leur tour interjeté recours contre la décision de l'intimé, inscrit au rôle sous le numéro de cause A/1618/2011. Ils concluent, sous suite de dépens, à la prise en charge du traitement psychothérapeutique de l'assurée et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer si l'assurée est atteinte d'une infirmité congénitale et si le traitement psychothérapeutique est efficace. Ils allèguent que la décision du 2 juillet 2007 ne mentionnait pas sur quelle base la prise en charge de la psychothérapie était admise et qu'ils ignoraient que celle-ci ne découlait pas du droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales mais relevait des mesures médicales de réadaptation. Ils contestent l'avis du Dr C_____ quant à l'efficacité du traitement, soulignant que ce médecin n'a pas de formation en psychothérapie et que le traitement de l'assurée lui a permis d'apprendre la lecture et de poursuivre sa scolarité. Ils reprochent à l'intimé de ne pas tenir compte du fait que le traitement est nécessaire pour que l'assurée puisse continuer une scolarité normale et préserver ainsi sa capacité de gain, ni des

répercussions qu'aurait un arrêt brutal du traitement. La durée de la psychothérapie est en outre déterminée. Ils affirment par ailleurs que l'état de santé est stabilisé, malgré le besoin de traitement. La décision de l'intimé se fonde sur des arguments erronés, dès lors qu'elle infère du risque de rechute que l'état de santé n'est pas stabilisé, alors que ce risque est lié à l'entrée dans une nouvelle phase de vie. Par ailleurs, ils soutiennent que l'assurée souffre d'une infirmité congénitale, comme cela ressort clairement des rapports de la Dresse A_____ dont l'intimé n'a jamais remis en question le diagnostic. Il y a donc lieu d'admettre une infirmité congénitale ouvrant le droit à la prise en charge des mesures médicales nécessaires.

24. Dans ses réponses du 23 juin 2011, l'intimé a conclu au rejet des recours et sollicité la jonction des causes. Il allègue que le traitement de l'affection comme telle n'est pas à la charge de l'assurance-invalidité. Or, les soins qui ont pour but de guérir ou soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie visent le traitement de l'affection en tant que telle et n'incombent pas à l'assurance-invalidité. C'est également le cas de mesures de stabilisation, telles qu'une thérapie nécessaire pour empêcher la progression d'une affection. L'assurance-invalidité ne prend en charge que des mesures propres à éliminer ou corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction, si un succès durable et important peut être escompté. Le succès de la réadaptation n'est cependant pas en soi un critère décisif pour l'octroi de mesures médicales, puisque pratiquement toute mesure médicalement réussie a une incidence sur la vie active. En l'espèce, l'état de l'assurée n'est pas stabilisé. L'assurée présente un état de santé stationnaire mais non stable. L'entrée au cycle et dans l'adolescence ne constitue de plus pas un élément nouveau au sens juridique, et il paraît clair que d'autres éléments ou facteurs personnels et sociaux seront par la suite de nature à menacer l'état de santé de l'assurée. L'intimé considère dès lors qu'on ne peut considérer que selon toute vraisemblance, l'état de santé sera stabilisé dans deux à cinq ans. La durée du traitement n'est de plus pas déterminée puisque la psychologue l'a estimée à deux ans au minimum et la Dresse A_____ à deux à cinq ans. S'agissant de la violation du droit d'être entendu invoquée par la recourante, l'intimé souligne qu'il lui a fait parvenir copie du dossier de la cause par courrier du 17 mars 2011, et que sa décision n'a été notifiée que le 27 avril 2011. La recourante avait ainsi largement le temps de se déterminer sur son projet, de sorte que ce grief n'est pas pertinent.
25. Par ordonnance du 1^{er} juillet 2011, la Cour de céans a prononcé la jonction des causes A/1585/2011 et A/1618/2011 et mis les pièces à disposition des parties pour consultation.
26. 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^{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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Les recours, interjetés dans les forme et délai prévus par la loi, sont recevables (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à la prise en charge de son traitement psychothérapeutique.
5. a) 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. A cet égard, il y a lieu de souligner que l'art. 12 al. 1^{er} LAI a subi une modification lors de la 5^{ème} révision de l'assurance-invalidité, entrée en force le 1^{er} janvier 2008. Auparavant, l'assuré avait droit aux mesures médicales n'ayant pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels, et de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable sans restriction d'âge. 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 psycho-thérapeutiques 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.

b) 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). La Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) publiée par l'OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES prévoit au chiffre 54 que l'AI 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 LPG; 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.

c) L'effet positif obtenu grâce à un traitement médical ne peut être qualifié d'important, au sens de l'art. 12 al. 1^{er} LAI, que s'il atteint un degré absolu de réussite suffisamment élevé dans un laps de temps déterminé (ATF 98 V 205, consid. 4b). D'une façon générale, on doit pouvoir attendre des mesures médicales qu'elles rencontrent un minimum de succès sur le plan de l'activité lucrative pendant une durée minimale. Il n'est pas possible de dire de manière générale dans quelle mesure le succès probable de la réadaptation peut encore être qualifié d'important, car il faut en décider d'après les particularités du cas d'espèce. Cependant, les mesures qui n'aboutissent qu'à une faible amélioration de la capacité de gain ne sont pas prises en charge par l'assurance-invalidité. Il faut poser comme condition qu'une capacité de gain encore importante soit préservée d'une diminution notable, car dans le cadre de l'art. 12 LAI, 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 en fonction, d'une part, de la gravité de l'infirmité et, d'autre part, 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). S'agissant de la durée des mesures médicales, 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.

6. 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).
7. L'art. 13 LAI dispose que 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^{er}). Le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 1^{er} al. 1^{er} de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC; RS 831.232.21), arrêtée conformément à l'art. 3 RAI, précise que la simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale, et que le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. L'art. 2 al. 3 OIC dispose que 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.

Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC qualifie 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, psycho-syndrome dû à une lésion diffuse ou localisée du cerveau et syndrome psycho-organique congénital infantile). Selon le chiffre 404.5 de la CMRM, plusieurs symptômes – troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, troubles des pulsions, troubles perceptifs et cognitifs, troubles de la concentration et troubles de la faculté d'attention – doivent être réunis avant l'âge de neuf ans pour qu'une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC soit retenue. Ils ne doivent pas nécessairement apparaître simultanément, mais peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres. Le Tribunal fédéral a admis la conformité à la loi du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC et de la pratique administrative concernant cette disposition, consacrée dans la CMRM (ATF 122 V 113, consid. 1b).

A teneur du chiffre 14 CMRM, 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. Le traitement médical doit être accordé aussi longtemps qu'il est indiqué et que le rapport entre les chances de succès et le coût du traitement reste acceptable. Le respect de cette exigence doit être contrôlé à intervalles raisonnables. Lorsque cela se justifie en raison de l'infirmité ou de la mesure thérapeutique, la durée des prestations doit être limitée.

8. Conformément à l'art. 14 al. 1^{er} LAI, les mesures médicales de réadaptation prises en charge par l'assurance-invalidité en vertu des art. 12 ou 13 LAI comprennent le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical, à l'exception de la logopédie et de la thérapie psychomotrice (let. a); les mesures médicales comprennent également les médicaments ordonnés par le médecin (let. b). Lorsque le traitement a lieu dans un établissement hospitalier ou de cure, l'assuré a droit en outre à la nourriture et au logement en division commune. S'il se rend dans une autre division, bien que les mesures puissent être appliquées en division commune, il a droit au remboursement des frais jusqu'à concurrence des dépenses qui incomberaient à l'assurance en cas de traitement en division commune (al. 2). Pour décider si le traitement aura lieu à domicile ou dans un établissement, l'assurance tiendra équitablement compte des propositions du médecin traitant et des conditions personnelles de l'assuré (al. 3).
9. 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. À cet égard, il convient 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 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). On ajoutera, s'agissant d'une atteinte à la santé psychique, qu'une expertise sur pièces n'apporterait pas d'élément décisif (ATFA non publié I 455/06 du 22 janvier 2007, consid. 6.2). Les expertises psychiatriques sur dossier ne sont admissibles qu'à titre exceptionnel, et seulement lorsque l'intéressé a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs expertises, lesquelles doivent de surcroît être récentes et qu'aucune modification essentielle (identité du tableau clinique) n'est intervenue depuis. Une expertise sur dossier peut aussi être envisagée lorsque la personne à examiner n'est que difficilement atteignable ou refuse de se soumettre à l'examen. C'est à l'expert de déterminer si son mandat est réalisable dans de telles conditions (ATF 127 I 54, consid. 2f).

10. La jurisprudence 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 132 V 368, consid. 3.1). En effet, le droit d'être entendu est à la fois une institution servant à l'instruction de la cause et une faculté de la partie, en rapport avec sa personnalité, de participer au prononcé de décisions qui lèsent sa situation juridique (ATF 112 Ia 1, consid. 3c). Cette faculté subsiste, en règle générale, quand bien même le juge administratif peut examiner d'office les questions de fait et de droit, sans être lié par les moyens invoqués. Une partie n'a certes en principe pas le droit de se prononcer sur l'appréciation juridique des faits ni, plus généralement, sur l'argumentation juridique à retenir (ATF 115 Ia 94, consid. 1b). Le Tribunal fédéral a précisé que le droit d'être entendu doit notamment être reconnu et respecté lorsque le juge envisage de fonder sa décision sur une norme ou un motif juridique non évoqué dans la procédure antérieure et dont aucune des parties en présence ne s'est prévaluée et ne pouvait supputer la pertinence dans le cas particulier (ATF 9C_394/2008 du 12 février 2009 consid. 2.2).

11. Il convient en premier lieu de se pencher sur l'octroi de mesures médicales en cas d'infirmité congénitale, conformément à l'art. 13 LAI.

La Cour de céans retient que la demande de prise en charge repose sur les indications de la Dresse A_____, qui a clairement établi dans son rapport du 5 février 2007 que les critères permettant selon la CMRM de reconnaître une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC sont réunis. Ce médecin a en effet attesté de troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, des troubles des pulsions, des troubles de la perception, de la concentration et de la faculté d'attention malgré une intelligence normale dans le questionnaire à cet effet. Interpellée par le SMR, elle a confirmé son diagnostic le 22 juin 2007. Comme le souligne à juste titre les recourants, cette classification n'a plus été remise en question par le SMR, qui n'a d'ailleurs pas procédé à un examen de la fillette par un spécialiste en psychiatrie ou en pédopsychiatrie, alors qu'un entretien personnel est en principe indispensable pour poser un diagnostic psychiatrique, comme cela ressort de la jurisprudence précitée. Le Dr B_____ ne dispose au demeurant pas d'une spécialisation en psychiatrie. Partant, il n'existe aucun élément permettant de s'écarter du diagnostic de la Dresse A_____.

De plus, les troubles de l'assurée ont été diagnostiqués avant sa neuvième année. De plus, le traitement qu'elle suit est reconnu par la science médicale et correspond aux exigences de simplicité et d'adéquation posées par les dispositions réglementaires, et tant la Dresse A_____ que la psychologue assurant le suivi de l'enfant ont attesté du succès de cette mesure. La psychothérapie prescrite médicalement fait en outre partie du catalogue de mesures visées par l'art. 14 LAI.

Compte tenu de ce qui précède, les conditions à la prise en charge du traitement en vertu de l'art. 13 LAI sont réunies en l'espèce, et les recours doivent être admis pour ce motif déjà. A cet égard, la Cour de céans relève que l'intimé n'a pas indiqué sur quelle base légale (art. 12 ou art. 13 LAI) se fondait la prise en charge de la psychothérapie. Son mémoire de réponse se réfère cependant aux conditions d'octroi de mesures médicales prévues à l'art. 12 LAI, de même que les considérations retenues par le Dr C_____ dans son avis du 14 avril 2011, de sorte qu'il faut comprendre que c'est sur la base de cette disposition qu'il a dans un premier temps octroyé des mesures médicales. Si l'intimé ne s'est certes pas déterminé sur l'application de l'art. 13 LAI dans son mémoire de réponse, les recourants ont expressément conclu à l'octroi de mesures médicales fondées sur l'art. 13 LAI et ont développé une argumentation à ce propos dans leur écriture. L'intimé devait dès lors s'attendre à ce que l'application dans le cas d'espèce de cette disposition légale soit examinée par la Cour de céans et a eu l'occasion de se s'exprimer sur l'écriture des recourants, de sorte que l'admission des recours pour ce motif ne viole pas leur droit d'être entendu, conformément à la jurisprudence exposée.

12. Par surabondance, il y a lieu de relever que le droit aux mesures médicales est également ouvert en vertu de l'art. 12 LAI. En effet, l'intimé fonde son refus avant tout sur le caractère non stabilisé de l'état de santé de l'assurée. Or, comme cela ressort des arrêts précités, cet élément n'est pas pertinent dans le cas d'assurés mineurs. De plus, contrairement à ce qu'allègue l'intimé, le traitement n'est pas d'une durée indéterminée. Si la fourchette de deux à cinq ans articulée par la Dresse A_____ est assez floue, elle permet néanmoins d'entrevoir la fin du traitement à moyen terme. Les autres conditions de prise en charge du traitement sont réunies, puisque celui-ci a pour but d'éviter à l'assurée une importante régression au plan scolaire, qui aurait une incidence sur ses possibilités de formation professionnelle et sa capacité de gain. Enfin, le pronostic des mesures médicales est favorable, à teneur des rapports des spécialistes suivant l'assurée.

13. Eu égard à ce qui précède, les recours sont admis.

Les recourants, représentés par une avocate, ont droit à des dépens fixés à 1'500 fr. que leur versera l'intimé. Tel n'est pas le cas de la recourante, qui est une assurance sociale et n'est au demeurant pas représentée (ATF 126 V 143, consid. 4b).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), l'intimé supportera également un émolument de 1'000 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare les recours recevables.

Au fond :

2. Admet les recours et annule la décision du 27 avril 2011.
3. Dit que l'assurée a droit à la prise en charge de sa psychothérapie.
4. Condamne l'intimé à verser aux recourants une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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