

GE_GERICHTE A/3790/2012 vom 28. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3790_2012

FR: GE_GERICHTE A/3790/2012 du 28 mai 2013

IT: GE_GERICHTE A/3790/2012 del 28 maggio 2013

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame B _____, domiciliée à GENEVE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame B _____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est née en 1968. A l'issue de son apprentissage d'aide en médecine dentaire, elle a travaillé dans divers cabinets de 1988 à 1998, puis en tant que téléphoniste/réceptionniste lors d'une mission temporaire en 2000 et en qualité d'agent de sécurité à Genève de 2001 à 2008, étant précisé qu'elle a été au chômage de 1998 à 2001 et de 2008 à 2010. Depuis 2010, elle est assistée par l'Hospice général. 2. Dès la fin de l'année 2004 et plus particulièrement entre 2007 et 2008, l'assurée a été régulièrement en arrêt de travail total ou partiel, notamment en raison de divers accidents et de ses problèmes de santé. 3. En avril 2008, l'assurée a été licenciée avec effet au 31 octobre 2008 par son dernier employeur après avoir été accusée de vol et arrêtée le 19 avril 2008. 4. Dans le cadre de la procédure pénale dirigée à son encontre, l'assurée a été mise en prévention pour deux séries de vols, la première en 2007 et en 2008 dans le cadre de son activité d'agent de sécurité et la seconde en janvier 2009 dans un grand magasin. 5. Dans ce contexte, une expertise psychiatrique de l'assurée a été conduite par la Dresse L _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en psychiatrie et psychothérapie, sous la supervision du Dr M _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre universitaire de médecine légale. Dans son expertise du 20 septembre 2010, la Dresse L _____ a retenu deux diagnostics au moment des faits, soit une dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue et un trouble de la personnalité mixte, dépendance et immature, et deux diagnostics actuels, soit un épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques et un trouble de la personnalité mixte, dépendance et immature. Elle a relevé que les traits de personnalité dépendants et immatures présentés par l'assurée avaient engendré des difficultés personnelles et sociales suffisamment prononcées pour que le diagnostic de trouble de la personnalité puisse être reconnu, et a ajouté que ce trouble pouvait être assimilé à un trouble mental sévère. Elle a spécifiquement écarté tout diagnostic de tendance pathologique au vol et de tendance aux compulsions d'achats. Le 4 juillet 2011, l'assurée a été condamnée sur appel par la Chambre pénale d'appel et de révision de la Cour de justice à une peine de jours-amende avec sursis assortie du suivi d'un traitement psychothérapeutique pendant la durée d'épreuve. A noter que les éléments qui ont fondé sa condamnation ne ressortent pas du dossier. 6. En date du 16 septembre 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé), dans le but d'obtenir une rente. A l'appui de sa demande, l'assurée a indiqué souffrir de problèmes psychiques depuis l'adolescence et d'un diabète de type 2 depuis mai 2004. Elle a joint à sa demande un résumé

d'intervention établi le 6 avril 2009 par la Dresse N _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à la suite d'un traitement ambulatoire intensif de plus de six semaines au Centre de thérapies brèves. La Dresse N _____ a retenu comme diagnostic principal des troubles mentaux et du comportement sur utilisation de sédatifs, syndrome de dépendance, utilisation continue et comme autres diagnostics, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (à la sortie), une accentuation de certains traits de la personnalité, notamment dépendant, une tendance pathologique à commettre des vols (kleptomanie) et un diabète insulino-dépendant. 6. Par l'intermédiaire d'un questionnaire du 29 septembre 2010, le dernier employeur de l'assurée a indiqué à l'OAI que celle-ci aurait perçu un salaire annuel de 88'587 fr. 20 si elle travaillait encore à temps plein en qualité d'agent de sécurité et sans tenir compte de ses atteintes à la santé.!

7. Dans un rapport du 19 octobre 2010, la Dresse O _____, spécialiste FMH en endocrinologie, diabétologie et en médecine générale et médecin traitant de l'assurée depuis 2004 en ce qui concerne son diabète, a signalé que la cause de l'incapacité de travail était non déterminée, ne relevant aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Elle a retenu un diabète de type 2 sans complication depuis 2004 et une hypertension artérielle depuis 2007, sans effet sur la capacité de travail. Elle a considéré que le vrai problème de l'assurée était son trouble dépressif récurrent et l'accentuation de certains traits de la personnalité. Les limitations fonctionnelles impliquaient la nécessité d'exercer une activité dans différentes positions et d'éviter les marches prolongées, y compris sur terrains irréguliers, de s'accroupir, de s'agenouiller, de porter des charges et de monter aux échelles ou aux échafaudages. Il existait également une limitation des capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation, et de résistance et le médecin a recommandé un encadrement psychologique. D'après elle, l'incapacité de travail de l'assurée était de 100% dans l'activité d'agent de sécurité à l'aéroport à compter du 21 avril 2008, sans que des mesures médicales ne puissent améliorer la situation. Enfin, une réorientation professionnelle était nécessaire et l'exercice par l'assurée d'une activité à temps partiel dans une autre profession possible.!

8. Dans un rapport du 25 octobre 2010 adressé à l'OAI, le Dr P _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée à la Clinique Belmont depuis juin 2009, a posé les diagnostics suivants, lesquels avaient une incidence sur la capacité de travail : un épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques, un trouble de la personnalité mixte, dépendante et immature et un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, en rémission complète. Il a également retenu un diabète sucré de type II, insulino-traité, un psoriasis, un status après une entorse du genou droit sur une chute, une fracture de l'humérus gauche, traité par ostéosynthèse et un status une entorse de la cheville droite. Le Dr P _____ a déduit de ces diagnostics une incapacité totale de travail dans l'activité d'agent de sécurité dans le contrôle des passagers à l'aéroport. Il a précisé que la poursuite de la psychothérapie en cours pouvait permettre de réduire les restrictions psychiatriques entravant l'assurée, avec un effet très favorable sur sa capacité de travail. La reprise d'une activité professionnelle à 100% était envisageable, pour autant que les mesures de réinsertion professionnelle proposées par l'assurance-invalidité soient adaptées.!

9. En date du 25 novembre 2010, l'Hospice général a adressé à l'OAI des informations et documents supplémentaires relatifs à l'assurée, soit notamment des attestations de suivi de cours d'informatique et plusieurs certificats de travail élogieux délivrés par ses employeurs, lorsqu'elle travaillait en qualité d'aide en médecine dentaire.!

10. Par courrier du 14 février 2011, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'aucune mesure d'ordre professionnel

n'était pertinente en l'état et que la question d'un éventuel octroi de rente était à l'étude.!

11. Dans un rapport du 14 mars 2011, le Dr P_____ a constaté que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire et a maintenu les conclusions prises dans son rapport du 25 octobre 2010.!

12. Dans un rapport du 16 mars 2011, la Dresse O_____ a relevé une amélioration de l'état de santé, les traitements d'insuline et hypertenseur ayant été arrêtés. Elle a persisté dans ses diagnostics et ses conclusions relatives à la capacité de travail de l'assurée. Elle a précisé que celle-ci avait besoin d'un travail calme à horaires fixes, lui permettant un repos et un sommeil adéquats, et que sa capacité de travail était de 50% dans un travail de bureau, l'activité d'agent de sécurité devant être de préférence évitée.!

13. Dans un rapport du 27 juin 2011, le Dr P_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire. Il a maintenu les diagnostics posés dans ses précédents rapports et indiqué que la capacité de travail de l'assurée en qualité d'agent de sécurité dans le contrôle des passagers de l'aéroport était définitivement nulle depuis juin 2009. Ses limitations fonctionnelles étaient d'ordre psychiatrique. Toutefois, sa capacité de travail dans "une activité adaptée à son état dépressif" était de 50%.!

14. Par avis du 1^{er} novembre 2011, la Dresse Q_____, médecin auprès du SMR, a indiqué avoir examiné, avec le Dr R_____, spécialiste FMH en endocrinologie et diabétologie auprès du SMR, les rapports médicaux du Dr P_____. Selon elle, l'impact durable du trouble de la personnalité sur la capacité de travail de l'assurée n'était ni compréhensible, ni explicable. En effet, le trouble de la personnalité était considéré comme responsable, au moins en partie, de l'incapacité en cours, alors qu'il n'avait pas engendré de difficultés ou d'échecs par le passé, ce qui était habituellement le cas de troubles sévères de la personnalité. L'épisode dépressif moyen, tel que documenté, ne justifiait pas non plus l'incapacité de travail en cours. Au vu de ces éléments, la Dresse Q_____ préconisait la mise en œuvre d'un examen psychiatrique par le SMR ou d'une expertise psychiatrique, dans le but de clarifier la situation et de déterminer si l'assurée présentait des affections psychiatriques justifiant l'incapacité de travail durable en cours.!

15. L'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr S_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin auprès du Centre neuchâtelois de psychiatrie, lequel a reçu l'assurée le 21 février 2012. Dans son rapport du 14 mars 2012, l'expert a résumé son dossier et relaté ses plaintes, soit une anxiété diffuse avec conduites d'évitement, sans crise paroxystique, et une perte de confiance en elle. Il a posé les diagnostics de traits de la personnalité dépendante et immature et de dépendance aux benzodiazépines, en rémission, sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Il a évoqué l'expertise réalisée par la Dresse L_____ et les diagnostics retenus, tout en relevant que les schémas comportementaux, par ailleurs fort stables si l'on tenait compte de l'anamnèse rapportée par l'assurée, et cognitifs ne paraissaient pas avoir empêché cette dernière de travailler en toute normalité pendant une vingtaine d'années. Selon lui, le trouble anxieux et la consommation de benzodiazépines qui en découlait paraissaient être les éléments ayant le plus interféré avec sa capacité de travail. Or, l'assurée avait reconnu une abstinence aux benzodiazépines et une nette diminution de son angoisse. Les schémas comportementaux et réactionnels de l'assurée devaient ainsi être considérés comme globalement fonctionnels, ce d'autant plus que celle-ci soutenait avoir une vie sociale riche et satisfaisante. L'intensité de la symptomatologie anxieuse et dépressive n'était, selon lui, pas de nature à interférer de manière significative sur la capacité de travail, étant précisé que cette symptomatologie n'a pu être constatée lors de l'examen. Se fondant sur cette analyse, l'expert a retenu que du

point de vue psychiatrique, l'assurée ne présentait aucune limitation quantitative ou qualitative de la capacité de travail. Il a enfin considéré que rien ne justifiait ni ne s'opposait à la mise en place de mesures de réadaptation.![endif]>![if> 16. Le 24 septembre 2012, se fondant sur l'expertise du 14 mars 2012, la Dresse T _____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès du SMR, a conclu à une capacité de travail entière dans toute activité, aucune limitation psychiatrique n'ayant été reconnue.![endif]>![if> 17. Par courrier du 12 octobre 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée son projet de décision rejetant sa demande de prestations.![endif]>![if> 18. Par courrier du 24 octobre 2012, l'assurée l'a contesté. Elle espérait qu'une invalidité partielle serait reconnue afin que l'OAI l'assiste dans sa réintégration professionnelle. Elle a reconnu une amélioration de son diabète et une diminution de la dose des médicaments pris en raison de ses problèmes psychiques, soutenant toutefois être encore affectée par des crises d'angoisse. Elle a également requis de l'OAI que les rapports médicaux ayant conduit au projet de décision lui soit transmis, craignant que les médecins qu'elle avait mentionnés dans sa demande de prestations n'aient pas été consultés lors de l'analyse de son état de santé. Elle possédait peu de qualifications et n'était pas en mesure d'exercer l'activité d'aide en médecine dentaire, en raison du nombre de personnes formées à cette profession chaque année d'une part et du fait qu'elle était sans emploi depuis plusieurs années d'autre part.![endif]>![if> 19. Par décision du 21 novembre 2012, l'OAI a confirmé son refus d'allouer des prestations à l'assurée. En effet, celle-ci ne souffrait pas d'une atteinte à la santé engendrant une invalidité lui ouvrant le droit à des prestations. Sa capacité de travail était ainsi entière.![endif]>![if> 20. En date du 13 décembre 2012, la recourante interjette recours contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel. En substance, elle considère qu'il convient de se baser sur l'expertise de la Dresse L _____ pour déterminer son état de santé et les limitations qui en découlent. Elle conteste le contenu du rapport du Dr S _____ et y apporte des précisions. Elle allègue avoir oublié de lui indiquer qu'un de ses cousins germains reçoit une prestation de l'assurance-invalidité en raison d'une schizophrénie, que sa vie sociale est pauvre et que trois de ses quatre emplois ayant duré plus d'un an se sont soldés par un licenciement, contestant ainsi avoir pu travailler durant vingt années sans difficulté comme le mentionne l'expert.![endif]>![if> 21. Par courrier du 17 décembre 2012, la recourante transmet à la Cour de céans un nouveau recours, précisant qu'il annule et remplace son recours du 13 décembre 2012. Pour l'essentiel, la recourante reprend son argumentation et remet en cause l'impartialité des avis du SMR, ceux-ci étant systématiquement négatifs.![endif]>![if> 22. Dans sa réponse du 16 janvier 2013, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il insiste sur la pleine valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr S _____. D'après l'intimé, "les documents produits par la recourante" n'étaient pas susceptibles de l'amener à modifier sa position.![endif]>![if> 23. Par courrier du 24 janvier 2013, la recourante persiste intégralement dans ses conclusions et relève que l'intimé n'a pas répondu à ses remarques relatives aux différentes pièces médicales du dossier, se contentant d'aborder sa situation sous l'angle juridique.![endif]>![if> 24. La Cour de céans a ordonné la comparution personnelle des parties et l'audition du Dr P _____, le 9 avril 2013.![endif]>![if> A cette occasion, celui-ci confirme être le médecin traitant de la recourante depuis fin juillet 2009, lors de son entrée à la Clinique de Belmont. Initialement, les consultations, organisées dans le cadre d'un suivi suite à sa désintoxication, avaient lieu une fois par semaine. Actuellement elles ont lieu une fois tous les trois mois environ. Le sevrage de la recourante est terminé. Elle est également suivie par Monsieur C _____,

psychologue à la Clinique de Belmont. Le Dr P_____ ajoute qu'en 2010, elle était incapable d'exercer son activité d'agent de sécurité, étant précisé que l'évolution au niveau psychologique est favorable. Subsiste néanmoins son trouble de la personnalité, soit une personnalité immature et dépendante. Elle est en rémission, ce qui signifie qu'en cas de stress par exemple, elle peut rechuter. Il est donc difficile d'estimer sa capacité de travail actuelle dans l'activité d'agent de sécurité. Sa réaction est imprévisible. L'estimation de sa capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée avait été réalisée en accord avec sa diabétologue, si des mesures de réinsertion étaient mises en place par l'AI, soit dans une autre activité que celle d'agent de sécurité. L'activité d'agent de sécurité est exclue en raison du stress qui en résulte et qui pourrait provoquer des rechutes. Il faut que l'OAI évalue dans quel type d'activités elle peut travailler. La profession d'aide dentaire qu'elle avait exercée a beaucoup évolué. L'état de santé est resté stationnaire jusqu'en 2011, l'évolution étant favorable depuis. En dehors du trouble anxieux, il y a également lieu de signaler la symptomatologie dépressive, étant précisé que son évolution est également favorable. La recourante est toutefois toujours sous antidépresseurs et suit toujours un traitement thérapeutique auprès de Monsieur C_____. Juste avant qu'elle ne vienne à la Clinique de Belmont en 2009, elle présentait un état dépressif grave avec idée suicidaire. Cet état peut à présent être qualifié de modéré. Tant qu'elle suit son traitement, la recourante peut être mise au bénéfice de mesures de réinsertion professionnelles même si elle souffre encore d'un état dépressif modéré. Il ne lui avait pas conseillé de consulter un psychiatre parce qu'à la Clinique de Belmont, le travail d'équipe prévalait, deux psychiatres supervisant le travail de Monsieur C_____ (psychothérapie déléguée). Il a fixé la capacité de travail dans une activité adaptée à 50% dans l'idée qu'elle pourrait éventuellement augmenter son taux de travail. Le Dr P_____ marque son désaccord avec le rapport du Dr S_____, en particulier sur le fait que le trouble dont souffre la recourante ne l'avait pas empêché de travailler durant de nombreuses années. Si la recourante a effectivement travaillé pendant plusieurs années, elle en a payé le prix fort par une consommation excessive de benzodiazépines qui lui permettaient d'assumer son activité lucrative. Actuellement, son trouble anxieux est traité avec des neuroleptiques qui ne peuvent engendrer de dépendance. Le Dr P_____ fait également part de son incompréhension face à la conclusion du Dr S_____ selon laquelle la recourante a une vie sociale riche et satisfaisante. Elle a en effet peu d'amis et ne fréquente plus ses anciens collègues de travail, vivant dans une retraite sociale importante. En outre, le Dr S_____ avait lui-même relevé dans son rapport que la recourante minimise la portée de ses actes et se montre d'une façon favorable. Pour le surplus, le Dr P_____ précise que bien qu'il n'ait pas testé le QI de la recourante, il rejoint l'avis du Dr S_____ dans son appréciation, à savoir que celui-ci devrait plutôt être dans la limite inférieure. La recourante précise quant à elle être toujours sans emploi et assistée par l'Hospice général. Son travail d'agent de sécurité consistait à surveiller les bagages qui passent sur le tapis et à procéder aux fouilles nécessaires. Le travail était stressant, d'autant plus que les horaires étaient particuliers et qu'il y avait beaucoup de monde. Une grande concentration est nécessaire pour examiner le contenu des bagages sur écran ce qu'elle avait beaucoup de peine à assumer. Son travail devenait de plus en plus difficile, en particulier à cause des médicaments qu'elle prenait à haute dose et qui altéraient sa concentration. Elle était souvent en congé maladie. Son horaire de travail était le suivant : quatre jours de travail de 4h00 à 13 ou 14h00, deux jours de congé et quatre jours de travail de 12h00 à 21 ou 22h00. En 2005, victime d'un accident de travail, elle avait subi une fracture de l'humérus. Elle n'avait

plus pratiqué son métier d'assistante dentaire depuis très longtemps, étant précisé qu'il est aujourd'hui difficile de trouver un emploi dans ce domaine. Elle s'estime capable de travailler dans une activité qui ne serait pas trop stressante et qui ne nécessiterait pas une concentration trop importante, rappelant qu'elle n'a pas de formation particulière. Enfin, elle rejoint le Dr P_____ sur le fait que son état de santé s'est notablement amélioré. 25. A l'appui de ses déclarations, la recourante dépose un courrier daté du 7 avril 2013, dans lequel elle conteste une fois encore les appréciations contenues dans les rapports des médecins consultés par l'intimé, et plusieurs annexes. S'appuyant sur un article d'une revue médicale, elle requiert qu'une expertise soit ordonnée afin de déterminer si ses troubles ont une origine chromosomique. En dernier lieu, elle produit un rapport du 27 février 2013 du Dr U_____, spécialiste FMH en neurologie, lequel retient le diagnostic d'un déficit moteur modéré, principalement dans le territoire du nerf sciatique poplitée externe droit, et estime que le pronostic est assez favorable, avec une récupération qui devrait intervenir progressivement dans les prochains mois. 26. Par courrier du 29 avril 2013, l'intimé persiste intégralement dans ses conclusions, se basant sur l'avis du 15 avril 2013 de la Dresse T_____, laquelle reprend ses conclusions du 24 septembre 2012, ainsi que celles du Dr S_____. Elle considère que l'expertise de la Dresse L_____ ne peut être retenue pour analyser l'état de santé de la recourante dans la mesure où cette expertise a été réalisée lorsque la recourante présentait une dépendance aux benzodiazépines de longue durée, ce qui n'était pas le cas lors de l'expertise réalisée par le Dr S_____. L'audition du Dr P_____ et le rapport du Dr U_____ ne modifient pas ses conclusions. Toutefois, la Dresse T_____ relève qu'une possible aggravation postérieure à l'expertise du Dr S_____ pourrait être survenue, en tenant compte de l'instauration d'un traitement de neuroleptique et du déficit moteur mis en évidence par le Dr U_____, lequel peut entraîner des limitations fonctionnelles. Enfin, en raison du diabète de la recourante, elle a conseillée une activité professionnelle avec des horaires réguliers et sans travail de nuit. 27. Par courrier du 15 mai 2013, la recourante persiste une fois encore dans ses conclusions. En substance, elle conteste mener une vie sociale riche et satisfaisante et met l'accent sur des erreurs contenues dans l'avis du 15 avril 2013 de la Dresse T_____. 28. A la suite de quoi, 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. 3. 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 130 V 229, consid. 1.1 ; 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, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la

LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 (5^{ème} révision) jusqu'au 31 décembre 2011 et après le 1^{er} janvier 2012 (révision 6a), en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Il convient de préciser que ces nouvelles introduites par la 5^{ème} révision et la révision 6a de la LAI n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation du degré d'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322) et de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316 ; message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6^e révision, premier volet] du 24 février 2010, FF 2010 1647, p. 1648 à 1650).

4. Interjeté dans les formes et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 à 61 et 38 al. 4 let. c LPGA).

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de travail dans son activité, étant précisé qu'initialement, elle avait déposé sa demande de prestation dans le but d'obtenir une rente d'invalidité.

6. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

7. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se

fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). b) Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (ATF non publié 9C_644/2008 du 12 décembre 2008, consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). 8. a) Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1 LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'ATF non publié 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. ATF non publié 9C_464/2009 du 31 mai 2010). b) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a

incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). c) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 , consid. 3b/bb). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 , consid. 3.2). 9. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les

conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, il est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins-traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. c) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 , consid. 4a ; ATF 122 III 219 , consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 , consid. 4b ; ATF 122 V 157 , consid. 1d). 10. En l'espèce, l'intimé considère la recourante comme étant capable d'exercer une activité professionnelle à plein temps et sans aucune restriction. Elle fonde la décision querellée sur l'expertise du Dr S_____ et sur les rapports du SMR établi par la Dresse T_____, dont il convient par conséquent d'analyser la force probante.![endif]>![if> Dans le cadre de l'expertise qui lui a été confiée, le Dr S_____ a posé les diagnostics de traits de la personnalité dépendante et immature et de dépendance aux benzodiazépines, en rémission, sans aucune incidence quantitative ou qualitative sur la capacité de travail.

Rien ne justifiait ni ne s'opposait à la mise en place de mesures de réadaptation. Il a considéré que les schémas comportementaux et cognitifs de la recourante ne l'avaient pas empêchée de travailler normalement durant une vingtaine d'années. Le trouble anxieux et la consommation de benzodiazépines paraissent être les éléments qui avaient le plus affecté sa capacité de travail. Or, son addiction était en rémission et les angoisses en diminution, selon la recourante elle-même. Ses schémas comportementaux et réactionnels étaient globalement fonctionnels, ce d'autant plus que la recourante soutenait avoir une vie sociale riche et satisfaisante. L'intensité de la symptomatologie anxieuse et dépressive n'était pas de nature à interférer de manière significative sur la capacité de travail. L'expertise du Dr S_____ a été établie à la suite d'un examen psychiatrique de la recourante, en tenant compte de ses plaintes, et de son dossier médical. Elle est fondée sur une anamnèse détaillée. Toutefois, l'appréciation de l'état de santé de la recourante est marquée par plusieurs contradictions. En effet, le Dr S_____ relève dans un premier temps que la recourante "paraît minimiser la portée de ses actes et montrer, dans son récit de vie, une façade favorable d'elle-même". Il se fonde ensuite sur ses déclarations pour conclure que ses schémas comportementaux et réactionnels sont globalement fonctionnels. Or, il ressort du dossier que la recourante mène une vie sociale isolée, la majorité de ses rapports sociaux étant cantonnée au cercle familial. En outre, le Dr S_____ estime que la recourante a pu travailler normalement pendant une vingtaine d'année, alors que le dossier met en évidence plusieurs changements d'emploi, deux périodes de chômage d'une durée totale d'environ 5 années et de nombreux arrêts de travail dès 2004. Il convient également de rappeler que, jusqu'en 2009, la recourante prenait quotidiennement des doses importantes de benzodiazépines en raison de son trouble anxieux et de son addiction. Certes, depuis son sevrage, la recourante ne prend plus de benzodiazépines et son état général s'est globalement amélioré. Toutefois, son trouble anxieux et son état dépressif sont encore traités par la prise de neuroleptiques, respectivement d'antidépresseurs. Par conséquent, la valeur probante de cette expertise doit être niée. Il en va de même des rapports de la Dresse T_____ du SMR, ceux-ci se basant largement sur ladite expertise. En outre, force est de constater que ses rapports contiennent des erreurs, comme le fait que le sevrage des benzodiazépines aurait été effectué à Belle-Idée – au lieu de la Clinique Belmont – ou que l'expertise de la Dresse L_____ a été réalisée alors que la recourante présentait une dépendance aux benzodiazépines – alors que le sevrage avait été effectué durant le premier semestre 2009, soit plus d'un an auparavant. La Cour de céans relève enfin que, dans son avis du 15 avril 2013, la Dresse T_____ maintient ses conclusions, soit que la recourante présente une capacité de travail entière dans toute activité, tout en admettant des limitations fonctionnelles liées aux horaires de travail en raison d'un diabète de type 2, ce qui est pour le moins contradictoire. Pour sa part, la recourante considère qu'il convient de se fonder sur l'expertise pénale de la Dresse L_____ pour évaluer son état de santé. Faute de respecter les réquisits jurisprudentiels, cette expertise ne peut néanmoins se voir reconnaître une valeur probante. En effet, elle ne contient aucune conclusion relative à des éventuelles limitations fonctionnelles ou à la capacité de travail de la recourante, dans la mesure où elle tend à établir si celle-ci possédait la faculté d'apprécier pleinement le caractère illicite de ses actes et de se déterminer pleinement par rapport à cette appréciation. Figurent également au dossier les rapports des Drs N_____, O_____ et P_____. Le rapport de la Dresse N_____ ne peut se voir reconnaître une valeur probante du fait de l'absence de conclusions relatives à d'éventuelles limitations fonctionnelles ou à la capacité de travail de la recourante. Les rapports de la Dresse

O_____ contiennent des informations médicales objectives relevantes, notamment en ce qui concerne le diabète de la recourante. Toutefois, les conclusions de ces rapports sont peu claires et la motivation relative aux limitations fonctionnelles, au taux d'activité et aux métiers pouvant être exercés par la recourante est insuffisante. En effet, la Dresse O_____ ne retient aucun diagnostic limitant la capacité de travail de la recourante avant de conclure à l'existence de plusieurs limitations fonctionnelles et à une incapacité de travail totale dans l'activité d'agent de sécurité à l'aéroport. En outre, ces rapports ne permettent pas de déterminer quels diagnostics posés sont de nature à engendrer les limitations fonctionnelles retenues. Par conséquent, la valeur probante des rapports de la Dresse O_____ doit être niée. Dans ses rapports, complétés par ses déclarations lors de son audition par la Cour de céans, le Dr P_____ a posé les diagnostics suivants, lesquels avaient une incidence sur la capacité de travail : un épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques, un trouble de la personnalité mixte, dépendante et immature et un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, en rémission complète. Il a également retenu les diagnostics suivants, sans incidence sur la capacité de travail : un diabète sucré de type 2 insulino-traité, un psoriasis, un status après entorse du genou droit et un status après entorse de la cheville droite. Il en a déduit une incapacité de travail totale dans l'activité d'agent de sécurité dans le contrôle des passagers à l'aéroport en raison du stress inhérent à cette profession, qui risquerait de provoquer une rechute de la recourante. La reprise d'une activité professionnelle à temps plein était envisageable compte tenu de l'amélioration générale de l'état de son état de santé entre 2009 et 2012, et pour autant que les mesures de réinsertion professionnelle devant être proposées par l'intimé et la nouvelle activité soient adaptées. Ultérieurement et d'accord avec la Dresse O_____, le Dr P_____ a ramené la capacité de travail de la recourante à 50%, en raison de la difficulté d'anticiper les effets qu'auraient la reprise d'une activité professionnelle, étant précisé que le taux d'activité pourrait être augmenté au fur et à mesure. Compte tenu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a suivi les conclusions du Dr S_____ et du SMR relatives à la capacité de travail de la recourante. La Cour de céans retiendra en lieu et place les conclusions du Dr P_____, dont il ressort une incapacité totale en ce qui concerne l'activité d'agent de sécurité dans le contrôle des passagers à l'aéroport et une capacité de travail complète dans une activité adaptée dont le niveau de stress engendré devra être le plus restreint possible. Au vu de ces éléments et par application du principe de l'appréciation anticipée des preuves, il convient de refuser la mise en œuvre de l'expertise judiciaire requise par la recourante.

11. a) Reste à déterminer le degré d'invalidité de la recourante en procédant à la comparaison des gains, en se plaçant au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente, soit en 2011. S'agissant du revenu sans invalidité pour l'activité d'agent de sécurité pour le contrôle des passagers à l'aéroport, il résulte des informations fournies par son dernier employeur qu'en 2010, il aurait été de 88'587 fr. 20 par an pour un taux d'activité de 100 %, soit 40 heures par semaines. Actualisé à 2011, le revenu s'élève à 89'445 fr. 95 (88587.20 : 2579 x 2604), ce qui correspond au revenu sans invalidité. Concernant le revenu d'invalidité, dès lors que la recourante n'a pas repris d'activité lucrative, il convient de se référer aux salaires statistiques. Le salaire de référence est celui que peuvent réaliser les femmes dans des activités simples et répétitives dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale ; en effet la recourante dispose d'une formation et d'une expérience de dix ans dans l'activité d'aide en médecine dentaire, au demeurant adaptée à son état de santé actuel. Pour l'année 2010, ce revenu s'élevait à 56'244 fr. par an (12 x 4'687 – ESS 2010, tableau TA1, niveau 4, secteur 3 services, santé humaine et action sociale). Ce

salaires annuels hypothétiques se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne annuelle usuelle dans les entreprises de la branche ; il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale du travail de 41.5 heures par semaine en 2010 (cf. Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, publié par l'Office fédéral de la statistique, secteur tertiaire, santé humaine et action sociale), ce qui porte le salaire annuel à 58'353 fr. 15 pour l'année 2010 (56'244 : 40 x 41.5). Actualisé à 2011, le revenu d'invalide s'élève à 58'918 fr. 80 par année (58'353.15 : 2579 x 2604). Comparé au revenu sans invalidité, le revenu d'invalide présente une perte de gain de 30'527 fr. 15. Le degré d'invalidité s'élève ainsi à 34.13%, arrondi à 34% conformément à la jurisprudence. Ce taux est insuffisant pour ouvrir droit à une rente, mais ouvre en principe droit à des mesures de réadaptation. L'intimé les a néanmoins refusées au motif que la capacité de travail de la recourante n'était pas restreinte. b) Il ressort du dossier, plus particulièrement des rapports et des déclarations du Dr P _____, que la recourante est incapable d'exercer sa dernière activité d'agent de sécurité à Genève. Elle est toutefois en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps, compte tenu de l'évolution positive de son état de santé depuis 2009. Certes, dans son rapport du 27 juin 2011, le Dr P _____ a retenu une capacité de travail de 50% dans "une activité adaptée à son état dépressif". Toutefois, ce dernier a expliqué lors de son audition que cette diminution résultait de la difficulté d'anticiper les effets qu'aurait la reprise d'une activité professionnelle, étant précisé qu'en cas de réaction positive, son taux d'activité pourrait être progressivement augmenté. En conséquence, la Cour de céans se fondera sur la première analyse du Dr P _____ et sur le fait que la recourante est en mesure d'exercer une activité professionnelle adaptée à plein temps. En outre, il convient de relever que la recourante elle-même se dit prête à travailler à plein temps. Compte tenu de ces éléments, la recourante doit pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation, soit en l'espèce, une rééducation dans son ancienne activité d'aide en médecine dentaire. En effet, la recourante dispose d'une formation et d'une solide expérience dans ce domaine. Ses employeurs ont d'ailleurs apprécié son travail, comme cela ressort des certificats de travail qui figurent au dossier. N'ayant plus exercé cette profession depuis 1998, la recourante a besoin d'une remise à niveau, notamment sur le plan informatique, afin de consolider et de mettre à jour ses connaissances. Cette mesure est la plus proportionnée et lui permettrait de reprendre une activité professionnelle dans les meilleurs délais. Par ailleurs, l'activité d'aide en médecine dentaire permettra à la recourante de limiter au maximum son anxiété et le stress inhérent à toute activité professionnelle, à plus forte raison lorsque celle-ci est nouvelle, dans la mesure où elle a déjà exercé cette profession pendant dix ans. En outre, cette activité lui permettra d'avoir des horaires réguliers, ce qui est compatible avec son diabète de type 2, la régularité des horaires de travail ayant été admise comme une nécessité par la Dresse T _____ du SMR. Enfin, compte tenu de la formation de la recourante, ses perspectives de gains sont bonnes, même si elles ne peuvent pas atteindre celle du secteur de la sécurité, dont les salariés perçoivent des salaires élevés par rapport au niveau de formation requis. A noter qu'en tout état de cause, la recourante ne pourra plus exercer une profession dans ce domaine d'activité, compte tenu de son casier judiciaire. Les arguments de la recourante relatifs à la saturation du marché de l'emploi des aides en médecine dentaire ne peuvent être pris en considération. En effet, la situation économique dans cette branche ne peut être prise en compte, dans la mesure où elle ne concerne pas l'assurance-invalidité et les prestations qui en découlent. Enfin, dans l'éventualité où la rééducation dans l'activité d'aide en médecine dentaire ne serait pas

possible ou inopportune, la Cour de céans suggère le reclassement de la recourante dans une activité de complexité équivalente. Compte tenu de sa formation initiale, un reclassement dans l'activité d'assistante ou de secrétaire médicale pourrait s'avérer pertinent. 12. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision querellée annulée.![endif]>![if> 13. Un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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