REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/20/2007 **ATAS/1373/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 29 novembre 2007

En la cause

Madame S_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Violaine LANDRY ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame S_____, née en novembre 1980, a déposé en date du 8 mai 2004 une demande prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI). Elle a indiqué dans sa demande avoir travaillé comme coiffeuse auprès du salon X_____ de 1999 à 2004 pour un revenu mensuel de 3'526 fr. 25. Elle a motivé sa demande de prestations par une allergie se traduisant par le d'eczéma sur les mains, le visage et le cou. Elle a précisé que cette atteinte était présente depuis le mois de mars 2003.

2. Par courrier du 7 avril 2004, la Dresse A_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a brièvement confirmé à l'OCAI que sa patiente présentait un eczéma invalidant des mains secondaire aux produits utilisés dans son métier, rendant l'exercice de ce dernier impossible à long terme.

   La Dresse A_____ a joint à son rapport un courrier que lui avait adressé le Dr B_____, spécialiste FMH en dermatologie, le 30 mars 2004. Ce médecin y confirme avoir reçu la patiente en consultation le 1er mars 2004 pour un eczéma des mains apparu progressivement alors qu'elle exerçait sa profession de coiffeuse. Le dermatologue conclut à une allergie au colophane et à plusieurs produits utilisés quotidiennement dans le cadre de la profession de coiffeuse et en tire la conclusion que l'eczéma est probablement dû aux produits manipulés professionnellement, d'autant plus qu'il s'aggrave à la reprise du travail (pièce 16).

3. Dans un rapport daté du 2 juin 2004, la Dresse A_____ a confirmé ses premières constatations en précisant que l'eczéma a commencé à apparaître en 2001-2002 mais qu'il n'a entraîné une incapacité totale de travail de l'assurée dans sa profession qu'à compter du 17 avril 2004. Les lésions ont été décrites comme très importantes sur les deux mains de même que sur le visage. La Dresse A_____ a précisé par ailleurs que, dans une activité permettant d'éviter les produits allergènes, la capacité de sa patiente demeurait entière (pièce 16 OCAI).

4. Le Dr B_____ a également rendu un rapport en date du 1er juin 2004 posant un bon pronostic à condition que l'assurée change de profession car les allergies mises en évidence concernent essentiellement des produits utilisés dans la coiffure (pièce 19 OCAI).

5. Interrogé à son tour, le dernier employeur de l'assurée a indiqué que cette dernière avait réduit son temps de travail depuis le 1er novembre 2003 (24,5 h./sem.) pour des raisons familiales. Il a expliqué l'avoir engagée en août 1999 comme apprentie coiffeuse puis comme coiffeuse professionnelle à compter du 19 août 2002. Son revenu s'était élevé à 2'319 fr. 70 par mois (moyenne des cinq premiers mois de l'année 2004; pièce 25 OCAI).

6. A également été versé au dossier un procès-verbal établi par WINTERTHUR, assureur-accidents, le 18 octobre 2004. Il en ressort que l'eczéma de l'assurée ne se déclare que pendant l'activité professionnelle. Au plan privé, seul le shampooing ou les détergents utilisés sur des plaies ouvertes posent problème; depuis avril 2004, l'assurée utilise des produits neutres dans la tenue de son ménage (pièce 38 OCAI).

7. Par décision du 26 avril 2005, la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA), intervenant en sa qualité de responsable de la prévention des maladies professionnelles dans toutes les entreprises a constaté l'inaptitude de l'assurée à exercer la profession de coiffeuse avec effet rétroactif au 1er janvier 2005 (pièce 44 OCAI).

8. Une enquête économique sur le ménage a été diligentée le 18 mai 2005 par Madame Edith RAMBAUD. L'assurée a indiqué à cette dernière être en bonne santé hormis son allergie aux produits utilisés dans sa profession de coiffeuse. Son dermatologue lui a conseillé d'agir avec prudence dans sa vie quotidienne afin de ne pas développer de nouvelles réactions allergiques et l'assurée suit les indications de son médecin. Elle a indiqué que, sans atteinte à sa santé, elle aurait continué à exercer une activité lucrative, à 60% environ, comme avant son atteinte, pour participer aux frais du ménage et par intérêt pour sa profession. L'assurée a expliqué avoir décidé de travailler à temps partiel afin de pouvoir s'occuper de son enfant et vouloir augmenter son taux d'activité au moment de la scolarisation de ce dernier. L'enquêtrice n'a retenu aucun empêchement dans les activités ménagères. Elle a relevé que l'assurée portait des gants pour faire les nettoyages, veillait à bien sélectionner les produits de nettoyage et à suivre les conseils donnés par son dermatologue. A part ces contraintes, l'assurée n'avait aucune limitation dans ses travaux ménagers, ni besoin de l'aide de tiers. L'assurée n'avait pas non plus signalé de problème concernant les soins donnés à sa fille car elle suit les conseils donnés par son dermatologue pour les produits à utiliser pour les shampooing de son enfant. L'enquêtrice a conclu en disant que l'assurée observait les recommandations de son médecin, ce qui lui permettait d'assumer les soins à sa fille et ses tâches ménagères sans avoir besoin de l'aide de tiers (pièce 49 OCAI).

9. La division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a établi un rapport en date du 11 octobre 2006. Il a été relevé que l'assurée avait paru dans un premier temps motivée pour reprendre une activité professionnelle et s'était d'ailleurs annonceéà l'assurance chômage. Elle avait fait l'objet d'une évaluation psycho-technique destinée à l'orienter vers une activité adaptée à ses compétences et à ses intérêts; les tests avaient révélé un niveau général dans les normes inférieures en comparaison à des populations d'ouvriers ou de jeunes apprentis; les secteurs de la vente et de l'administration étaient ressortis comme les domaines correspondant aux aspirations de l'assurée. Au vu du profil de cette dernière, une orientation vers la vente avait été estimée envisageable. Mais au fil du temps, l'assurée avait paru moins motivée.

Durant l'été 2005 elle avait finalement informé la division de réadaptation qu'elle était enceinte et que la naissance était prévue en janvier 2006. La division de réadaptation professionnelle avait alors suspendu ses démarches et proposé à l'assurée de reprendre contact en mars 2006.

Un nouvel entretien a eu lieu en avril 2006 durant lequel l'assurée a fait part de ses interrogations sur l'intérêt de travailler si la garde de ses enfants lui coûtait plus que ce que pourrait lui rapporter un travail. Une aide au placement lui a été proposée mais l'assurée a indiqué qu'elle souhaitait s'occuper de ses enfants à plein temps pour quelques mois encore. La division de réadaptation professionnelle lui a alors demandé de reprendre contact à la fin de l'été 2006 si elle souhaitait bénéficier d'une aide au placement.

Sans nouvelles de l'assurée depuis lors, la division de réadaptation professionnelle s'est posé la question de savoir si l'assurée subissait une perte de gain notable en raison de son invalidité. Dans la mesure où toute activité ne comportant pas de contact avec les produits incriminés était exigible à plein temps, elle a comparé le revenu que pourrait obtenir une femme exerçant une activité simple et répétitive tous secteurs économiques confondus, soit 27'693 fr. (ESS 2004 : 3'893.- par mois pour un horaire de 40h./sem., soit 4'049.- par mois pour un horaire de 41,6 h./sem., soit 48'585.- par an à plein temps, soit 27'693.- pour un taux d'occupation de 57%) à celui que l'assurée aurait pu obtenir sans atteinte à la santé chez son employeur, soit 27'836 fr., et constaté que la perte de gain était quasiment nulle et le degré d'invalidité de 0,5%.

La division de réadaptation professionnelle en a tiré la conclusion que les conditions d'un reclassement professionnel ou de l'octroi de prestations financières n'étaient pas remplies (pièce 57 OCAI).

10. Le 13 octobre 2006, un projet de décision concluant à un rejet de sa demande de reclassement a été communiqué à l'assurée et à l'assureur-accidents.

11. Par courrier du 9 novembre 2006 adressé à l'OCAI, WINTERTHUR a indiqué adhérer à cette conclusion, précisant qu'il ressortait de ses calculs également qu'aucune invalidité n'était à retenir (pièce 64 OCAI).

12. Par courrier du 13 novembre 2006, l'assurée a fait valoir à l'OCAI que, selon elle, les conditions d'un reclassement professionnel étaient manifestement réunies et qu'elle contestait dès lors le projet de refus de reclassement.

13. Par décision du 21 novembre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de reclassement déposée par l'assurée. L'OCAI a constaté que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait continué à exercer son activité professionnelle à 57% (24,5 heures par semaine). L'OCAI a admis que la capacité de travail de l'assurée était désormais nulle dans son activité habituelle de coiffeuse. En revanche, l'OCAI a considéré que, dans une

activité adaptée, c'est-à-dire lui permettant d'éviter le contact des produits allergènes, l'assurée dispose encore d'une capacité de travail entière. Par ailleurs, l'OCAI a relevé que l'empêchement global de l'assurée dans ses travaux habituels était nul car son allergie se limite aux produits utilisés dans sa profession. L'OCAI a rappelé qu'un degré d'invalidité de 20% au moins est une des conditions d'octroi d'un reclassement professionnel. Il a enfin précisé à l'assurée que, sur demande écrite dûment motivée de sa part, l'octroi d'une aide au placement pourrait être examinée.

14. Par courrier du 4 janvier 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une mesure de reclassement.

    L'assurée fait remarquer qu'elle s'est annoncée au chômage en mars 2005 mais qu'elle n'a reçu aucune indemnité car l'Office cantonal de l'emploi a considéré qu'il s'agissait d'un problème de reclassement relevant de l'assurance-invalidité et reproche à l'OCAI d'avoir tardé à rendre une décision à son encontre.

    Elle soutient que le seuil de 20% posé par la jurisprudence n'est qu'indicatif et qu'il faut tenir compte de toutes les circonstances.

    Elle conteste par ailleurs les chiffres retenus par l'OCAI pour calculer son degré d'invalidité; à cet égard, elle allègue que si son salaire de coiffeuse était si faible, c'est qu'elle était en début de carrière. Elle affirme par ailleurs que si elle a réduit son temps de travail, c'est en raison du développement de l'eczéma et du fait qu'elle devait s'occuper de son enfant qui venait de naître, que cette situation n'était cependant pas destinée à durer et en tire la conclusion que sa perte de gain est certainement supérieure à 20%.

    Elle allègue par ailleurs que, même lors de l'accomplissement de ses tâches ménagères, elle doit porter des gants et prendre garde à ses bras, à son cou et à son visage, et qu'il faut en tenir compte dans l'évaluation de son invalidité globale.

15. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 22 janvier 2007, a conclu au rejet du recours. L'OCAI fait remarquer que, dans la décision litigieuse, il a proposé à l'assurée de mettre sur pied une mesure de placement sur demande motivée de sa part mais qu'elle n'a pas jugé utile d'y donner suite.

16. Par courrier du 2 mars 2007, la recourante a produit un projet de décision que lui a adressé WINTERTHUR ASSURANCES en date du 3 janvier 2007. WINTERTHUR se réfère à un certificat médical établi le 30 septembre 2004 par le Dr B_____, admet que l'assurée doit être considérée comme totalement apte au travail dès le 1er octobre 2004 et indique avoir néanmoins continué à verser des pleines indemnités journalières jusqu'au 30 avril 2005 dans l'attente de la décision de l'assurance-invalidité sur la demande de reclassement professionnel et/ou d'aide au placement. L'assureur-accidents relève aussi avoir invité l'assurée à s'annoncer à

l'assurance-chômage et avoir appris, selon les renseignements obtenus auprès de cette dernière, que si l'assurée n'a pas bénéficié d'indemnités, c'est parce qu'elle n'a effectué aucune recherche d'emploi. L'assureur-accidents y constate par ailleurs que l'assurée n'a pas démontré un grand intérêt pour les propositions émise par l'office AI et n'a entrepris aucune démarche en vue de son reclassement ou de la recherche d'un emploi. Il considère pour sa part que l'assurée est pleinement apte au travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire lui permettant d'éviter les travaux en contact avec des produits allergènes et il rappelle qu'il lui appartient de tout mettre en œuvre pour retrouver une activité adaptée. Enfin, l'assureur-accidents, après avoir procédé à une comparaison des gains selon les tables statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires, constate que l'assurée ne subit pas de perte de gain par rapport au revenu que l'on peut raisonnablement attendre de sa part en dépit de son atteinte à la santé et en tire la conclusion qu'elle ne remplit pas les conditions pour continuer de bénéficier d'indemnités pour changement d'occupation au-delà du 30 avril 2005.

17. Par courrier du 21 mars 2007, l'intimé a maintenu sa position.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

   En ce qui concerne 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Le présent litige porte sur le droit de la recourante à un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI, plus particulièrement sur le statut qu'il convient de lui reconnaître et le degré d'invalidité qui est le sien.

5. a) 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). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). 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 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 consid. 4 et les références).

d) En l'occurrence, l'atteinte à la santé de la recourante est claire : les allergies aux produits qu'elle est amenée à utiliser dans sa profession de coiffeuse lui rendent l'exercice de cette dernière impossible. En revanche, toute autre activité n'exigeant pas le contact de tels produits est exigible à plein temps et plein rendement.

6. a) Se pose à présent la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée. Cette dernière semble en effet contester le statut mixte qui lui a été reconnu, affirmant que, sans atteinte à la santé, elle aurait rapidement recommencé à travailler à plein temps.

b) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, ou s'il se consacrerait uniquement à ses travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées).

Il convient également de s'inspirer de la définition de la personne non active donnée à l'art. 28 al. 2 bis LAI, selon laquelle est considérée comme non active la personne qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger d'elle qu'elle en exerce une.

c) En l'espèce, les allégations de la recourante selon lesquelles elle aurait rapidement repris son travail à plein temps sont contraires à ce qu'elle a affirmé lors de l'enquête sur le ménage - elle indiquait alors avoir réduit son temps de travail pour s'occuper de son ménage et de son enfant et vouloir continuer au même taux réduit jusqu'à la scolarisation de son enfant. Les allégations de l'assurée dans son recours, en tant qu'elles semblent être le fruit de réflexions ultérieures à la décision de refus qui lui a été notifiée, n'ont pas à être prises en considération. En effet, il convient de rappeler que selon la jurisprudence, la préférence doit être donnée aux premières déclarations faites par la recourante, alors qu'elle en ignorait vraisemblablement les conséquences juridiques (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c). On doit donc en conclure que l'assurée aurait continué à travailler au même taux réduit d'occupation jusqu'à la scolarisation de son plus jeune enfant, soit jusqu'en janvier 2010.

En conclusion, les griefs de la recourante relatifs à la qualification de son statut par l'intimé sont rejetés. Elle doit être considérée comme une personne active à 57% seulement.

7. a) Reste à calculer le taux d'invalidité présenté par la recourante.

b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance de l'éventuel 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé.

c) En l'espèce, eu égard au fait que le droit à des prestations ne peut prendre naissance, au plus tôt, qu'en avril 2005, soit une année après le début de l'incapacité de travail, la comparaison des revenus se fera compte tenu des revenus valables cette année-là.

En ce qui concerne le revenu sans invalidité, c'est à juste titre que l'intimé a suivi les principes jurisprudentiels rappelés supra, c'est-à-dire s'est référé au salaire qu'aurait pu obtenir la recourante de son ancien employeur si elle avait pu continuer à travailler pour lui.

Quant au revenu avec invalidité, il y a lieu de constater que la recourante n'a pas repris d'activité, qu'elle n'est au bénéfice d'aucune formation pouvant être mise ne valeur sur le marché du travail. Là encore, c'est à juste titre que l'intimé s'est donc référé aux données de l'ESS pour fixer son revenu après atteinte à la santé, tous secteurs d'activité confondus.

Effectivement, on doit considérer que les domaines de la production et des services, niveau 4 (sans qualification), offrent un éventail de postes de travail suffisamment large respectant les contraintes médicalement reconnues (c'est-à-dire éviter produits allergènes).

Force est de constater que le calcul du degré d'invalidité auquel s'est livré l'OCAI n'est absolument pas critiquable de sorte qu'un degré d'invalidité de moins de 1% doit être reconnu pour la partie active. Quant aux empêchements que pourraient rencontrer la recourante dans son ménage, il ressort de l'enquête ménagère qu'ils sont nuls puisqu'il lui suffit de mettre des gants et de prêter attention aux produits qu'elle emploie pour éviter tout désagrément.

Le taux d'invalidité global de l'assurée, quasiment nul, ne lui ouvre droit à aucune prestation de l'assurance-invalidité. S'agissant plus particulièrement du reclassement demandé par la recourante, il convient de rappeler qu'il suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première

phrase LAI) et que le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

8. Or, en l'espère, force est de constater que la recourante est bien loin de ce seuil minimum, puisque son invalidité est quasi inexistante, ainsi que cela a été développé supra.

9. Il suit de tout ce qui précède que le recours, mal fondé, est rejeté. La recourante, qui succombe, s'acquittera de l'émolument, fixé à 800 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 800 fr. à la charge de la recourante.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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
Janine BOFFI	Karine STECK

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