



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1772/2019

ATAS/1139/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 décembre 2019

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Florence AEBI

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Andres PEREZ, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante brésilienne née en 1972, s'est établie en Suisse en 2004.
2. Selon l'extrait de compte individuel de l'assurée, ses revenus ont oscillé entre CHF 1'822.- et CHF 35'599.- entre 2004 et 2011. Ils étaient de quelque CHF 20'000.- en 2010 et de moins de CHF 2'500.- en 2011. Elle n'a déclaré aucun revenu soumis à cotisation depuis 2012.
3. L'époux de l'assurée a exploité une carrosserie en raison individuelle dès le 20 mai 2011.
4. Selon les déclarations fiscales remplies conjointement par l'assurée et son époux, le revenu brut tiré de l'activité indépendante s'est élevé à CHF 173'416.- en 2013 et à CHF 7'751.- en 2014.
5. Le 28 mars 2014, l'assurée a subi un accident de voiture. Alors qu'elle était au volant, sa voiture a franchi la ligne de sécurité et a percuté un véhicule circulant en sens inverse. Elle a été grièvement blessée et emmenée à l'hôpital.
6. Un scanner thoraco-abdominal réalisé le jour même a mis en évidence un pneumothorax abondant gauche non compressif, de multiples fractures costales bilatérales, des fractures de processus transverses gauches et une fracture transverse de l'acetabulum gauche.
7. L'assurée a été hospitalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) jusqu'au 13 juin 2014. Dans la lettre de sortie du 19 juin 2014, les médecins du service de chirurgie ont posé le diagnostic de polytrauma sur accident de la voie publique avec fracture transverse du cotyle gauche peu déplacée, fracture du processus latéral du talus droit comminutive avec avulsion associée du rétinaculum des péroniers, pneumothorax abondant gauche non compressif, multiples fractures costales bilatérales et fractures de processus transverses C7, D1, D2, D4 et D5 gauches. L'assurée présentait en outre une hypovitaminose D et un état de stress aigu post-traumatique. Dans les antécédents, les médecins ont noté un macro-adénome hypophysaire avec compression du chiasma depuis 2008, une excavation du nerf optique augmentée des deux côtés, avec néanmoins une bonne pression oculaire, et des nuccalgies depuis un an et demi. L'assurée avait subi une intervention le 8 avril 2014, consistant en une réduction ouverte avec fixation interne par voie de Kocher Langenbeck et neurolyse du nerf sciatique, ainsi qu'un débridement et une réduction ouverte avec fixation interne et réinsertion du rétinaculum. Les fractures cervico-dorsales avaient été traitées par port de minerve durant huit semaines. Durant son séjour, l'assurée avait bénéficié pleinement de la physiothérapie et avait gagné en force musculaire aux membres inférieurs. La mobilité articulaire de la hanche gauche restait limitée, mais les amplitudes articulaires des chevilles étaient tout à fait correctes. L'assurée poursuivrait sa rééducation de manière ambulatoire. Elle pourrait atteindre une charge totale début juillet. Le sevrage de la minerve s'était passé rapidement et sans encombre. Au

début du séjour, au vu du contexte de l'accident et de l'amnésie circonstancielle, l'assurée avait présenté de grosses crises d'angoisse avec troubles du sommeil. Elle avait répondu favorablement au traitement médicamenteux et à la psychothérapie. La capacité de travail en tant que secrétaire était nulle jusqu'au 2 juillet 2014 et devrait être réévaluée à cette date.

8. Les médecins des HUG ont par la suite prolongé l'arrêt de travail complet de l'assurée jusqu'au 31 décembre 2014.
9. La doctoresse B_____, praticienne FMH, a attesté d'une incapacité de travail totale du 2 janvier au 14 octobre 2015.
10. Le 29 février 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a indiqué travailler en qualité de secrétaire indépendante avec son époux, pour un revenu mensuel de CHF 5'000.-.
11. Dans son rapport établi à la même date, le docteur C_____, médecin au service de chirurgie des HUG, a indiqué qu'il avait revu l'assurée. Il ne prévoyait pas d'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la cheville. En octobre 2015, les douleurs de la cheville droite étaient réapparues, bien que les clichés radiologiques révélèrent une consolidation des deux sites fracturaires. Ce médecin pensait que les douleurs étaient plutôt dues à une dysbalance musculaire à la suite du traumatisme et préconisait une rééducation.
12. Dans son rapport du 21 avril 2016, le docteur D_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué avoir revu l'assurée en raison de ses cervicalgies post-traumatiques, qui se faisaient de plus en plus ressentir. Une IRM et des radiographies fonctionnelles révélaient un petit fragment de la facette articulaire gauche, peu déplacé, à l'origine d'une arthrose post-traumatique et d'une instabilité sur le segment C3-C4. La symptomatologie de l'assurée pouvait être largement expliquée par cette arthrose post-traumatique ainsi que par l'instabilité du segment C3-C4. Les différentes possibilités thérapeutiques lui avaient été exposées, dont une infiltration dans un premier temps, qu'elle avait refusée.
13. Le 27 avril 2016, l'assurée a consulté le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine du sport, en raison de ses douleurs à la hanche, à la cheville et aux cervicales. Ce médecin a diagnostiqué un déconditionnement après polytrauma et opération de la hanche et de la cheville. Il a préconisé une rééducation durant trois mois.
14. Dans un rapport du 19 juillet 2016, la Dre B_____ a diagnostiqué avec effets sur la capacité de travail des cervicalgies chroniques et des douleurs de la cheville droite. Les cervicalgies entraînaient une fatigabilité. L'incapacité de travail avait été totale du 28 mars 2014 au 14 octobre 2015, et elle était de 50 % dès le lendemain. L'assurée ne devait pas porter de charges et le travail en position assise devait être limité à quatre heures par jour.

15. Le 1^{er} août 2016, la Dresse B_____ a indiqué que l'état de l'assurée était stationnaire. Il n'y avait pas de changement de diagnostics. Les douleurs chroniques l'empêchaient d'être penchée en avant ou en position assise. Sa capacité de travail était de 50 % en tant qu'assistante administrative, mais elle pourrait progressivement augmenter en fonction de l'effet du traitement, car l'évolution était bonne.
16. Selon le bilan au 31 décembre 2016, la carrosserie de l'époux de l'assurée a réalisé en 2015 un chiffre d'affaires de CHF 389'977.40 et un bénéfice de CHF 47'679.24, et en 2016 un chiffre d'affaires de CHF 286'685.94 et un bénéfice de CHF 39'340.55.
17. Le 1^{er} août 2017, la Dresse B_____ a confirmé que l'état de l'assurée était stationnaire et a repris pour le surplus le contenu de son rapport du 1^{er} août 2016, en précisant que la capacité de travail était de 60 % depuis juillet 2017.
18. Le 4 avril 2018, l'entreprise de l'époux de l'assurée a été radiée en raison de la cessation de l'exploitation.
19. Le 23 avril 2018, l'assurée est devenue associée gérante avec signature individuelle de la société à responsabilité limitée Prestige Treatment For Cars, active dans la peinture, la protection et le nettoyage de véhicules.
20. Dans un avis du 16 juillet 2018, la docteure F_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position en hyperextension ou hyperflexion prolongée du rachis cervical, pas d'activités impliquant les mouvements cervicaux de rotation répétés, pas d'activités impliquant la position des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges ni de marche en terrain irrégulier, pas d'activités en position accroupie, à genoux, ou en montant ou descendant sur des escabeaux et des échafaudages. En tenant compte des pièces versées au dossier, le SMR considérait que l'assurée était en mesure de reprendre une activité dans un poste adapté au moins dès octobre 2015. Le macro-adénome hypophysaire découvert en 2008 et l'excavation du nerf optique en 2009 n'étaient pas incapacitants.
21. Selon une enquête économique réalisée le 4 décembre 2018 par l'OAI, l'assurée avait arrêté ses études à 14 ans. À son arrivée en Suisse, elle avait travaillé pour des particuliers en tant que femme de ménage ou baby-sitter, sans être déclarée. Elle s'était mariée en 2005. Elle avait réalisé des missions dans le domaine du nettoyage mais elle aurait souhaité travailler à plein temps. Selon ses comptes individuels, elle était sans emploi depuis 2011. Son mari considérait que déclarer son salaire lui coûterait trop cher, qu'il cotisait sous son nom et que le bénéfice de la société était un revenu de couple. L'assurée disait avoir travaillé à plein temps au sein de la carrosserie, réalisant du travail administratif : accueil physique et téléphonique, facturation et encaissement, paiement des fournisseurs, activités de secrétariat. Lorsqu'il n'y avait pas encore d'employé, l'assurée nettoyait l'intérieur des voitures

et allait chercher des pièces ou des véhicules. Les horaires étaient aléatoires en fonction du volume de travail. La société employait un ouvrier à fin décembre 2016. La comptabilité était tenue par une fiduciaire. L'assurée avait repris le travail à 50 % en octobre 2015 jusqu'à la vente de la carrosserie, décidée car elle n'était pas rentable. Elle s'occupait partiellement de son petit-fils, né en 2014. Depuis avril 2018, elle était associée gérante de sa société. Elle s'était aménagé un bureau à domicile, ce qui lui permettait d'être avec son petit-fils et de gérer ses activités en fonction de ses douleurs. Elle effectuait le travail administratif, le contrôle du stock et tenait la boutique. Elle était en charge du marketing et du démarchage. Son époux se chargeait des travaux sur les véhicules. La société n'avait pas d'employé et le couple ne percevait pas encore de salaire. L'assurée disait ne pas pouvoir travailler à plus de 50 % dans toute activité. Ses douleurs étaient soulagées uniquement par la morphine. Elle rencontrait des difficultés pour faire son ménage.

Pour calculer le degré d'invalidité, l'OAI a retenu que le revenu sans invalidité pouvait être fixé en référence à celui tiré d'une activité de niveau 1 dans les services administratifs combinés de bureau (ligne 82) de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de 2012, indexé à 2013, soit CHF 43'726.-.

22. Le 12 février 2019, l'OAI a calculé le degré d'invalidité de l'assurée. Pour le revenu après invalidité, il s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour une femme selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2014, TA1_tirage_skill_level, Ligne Total, niveau 1), soit CHF 4'300.- par mois. Adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures et indexé à 2015, le revenu annuel était de CHF 54'055.- à 100 % et de CHF 48'649.- en tenant compte d'un abattement de 10 % au vu des limitations fonctionnelles. Le revenu sans atteinte à la santé était de CHF 43'726.-.
23. Dans un projet de décision établi à la même date, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée. Il s'est fondé sur la capacité de travail totale de l'assurée définie par le SMR. La comparaison des revenus sans invalidité de CHF 43'726.- et avec invalidité de CHF 48'649.- ne révélait pas de perte de gain.
24. Par décision du 25 mars 2019, l'OAI a confirmé les termes de son projet. L'assurée ne présentait pas de perte de gain. De plus, elle avait repris une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100 % en avril 2018.
25. Par écriture du 9 mai 2019, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Elle a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Elle a allégué qu'elle était incapable de travailler à 50 % depuis 2015 en raison de ses douleurs aux cervicales, à la hanche et à la cheville. La décision de l'intimé ne tenait pas compte de sa situation médicale. En effet, elle devait encore subir des traitements cinq ans après son accident. Ses problèmes de santé étaient

handicapants. Elle devait régulièrement se coucher en raison de ses douleurs. Les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI l'avaient empêchée de poursuivre son activité dans la carrosserie de son époux. Plusieurs activités étaient devenues trop douloureuses, comme chercher du matériel auprès des fournisseurs, accéder plusieurs fois par jour au bureau situé à l'étage de la carrosserie, desservi par un escalier raide, ou simplement se concentrer plus de deux heures d'affilée devant son écran en raison de ses cervicalgies. Elle avait pour ambition de dégager un revenu de sa nouvelle activité commerciale, mais il était manifeste qu'elle ne pouvait plus travailler à plein temps. Elle ne pouvait du reste pas retrouver un emploi salarié, son état exigeant une très grande souplesse d'un éventuel employeur, inimaginable sur le marché du travail. Elle a allégué avoir tout fait pour réduire le dommage. Les revenus pris en compte par l'intimé ne tenaient pas compte de sa situation concrète. Elle avait en effet déclaré un revenu conjoint avec son mari de CHF 178'216.- en 2013, qu'ils se partageaient. Elle avait par ailleurs besoin du soutien quotidien de son époux dans les tâches domestiques. L'intimé n'avait pas procédé à une enquête ménagère, qui aurait pourtant dû être effectuée puisqu'elle ne pouvait plus travailler qu'à 50 %. Elle demandait que soit appliquée la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

26. Dans sa réponse du 28 mai 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. S'agissant du statut, il a souligné que la recourante avait déclaré lors de l'enquête économique qu'elle aurait souhaité travailler à plein temps dans le domaine du nettoyage, et qu'elle travaillait à plein temps dans la carrosserie de son époux. Le statut d'active retenu était ainsi conforme au droit. Le recours aux salaires statistiques pour calculer le degré d'invalidité était également justifié au vu de son cahier des charges et des montants inscrits sur son extrait de compte individuel. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, l'intimé a soutenu que les simples plaintes subjectives d'un assuré ne suffisaient pas à justifier une invalidité mais devaient être confirmées par des observations médicales concluantes. Or, il n'existait aucun élément médical objectif permettant de remettre en question l'appréciation du SMR.
27. Dans sa réplique du 9 octobre 2009, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a soutenu qu'il était incompréhensible que l'intimé refuse de prendre en compte le revenu déclaré avant son accident. Le fait qu'elle ait usé de son droit de ne pas payer de cotisations (*sic*) ne changeait rien à ses revenus réels. Pour le surplus, les conclusions du SMR étaient diamétralement opposées à celles des médecins traitants, et ne répondaient pas aux « exigences strictes d'administration des preuves ». La présente procédure avait en outre d'importantes répercussions sur la procédure qui l'opposerait à son assurance de responsabilité civile. Par conséquent, en cas de doute sur sa capacité de travail, la chambre de céans devait mettre en œuvre une expertise. En ce qui concernait la méthode applicable, la recourante a affirmé qu'elle ne consacrait pas tous les jours huit heures à son emploi, et qu'elle s'occupait de son foyer s'il lui restait du temps libre. Ainsi, selon

les semaines, elle travaillait entre 80 % et 100 %. La méthode mixte aurait ainsi dû être utilisée.

28. Le 22 octobre 2019, l'intimé a déclaré persister dans ses conclusions.
29. Copie de cette écriture a été adressée à la recourante le 24 octobre 2019.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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.

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

2. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.
3. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à

60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

4. Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues, soit la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA), la méthode spécifique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI – RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), ou la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 3.2).

Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références). On rappellera encore que le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité est une question de droit. En revanche, la constatation du statut (comme personne sans invalidité), c'est-à-dire le point de savoir si et dans quelle mesure l'assuré aurait exercé une activité lucrative, relève d'une question de fait (arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 2.2 et les références).

5. 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).

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).

6. L'art. 59 al. 2^{bis} LAI dispose que les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'assurance-invalidité conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Selon l'art. 49 al. 1 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral. Selon la jurisprudence, les avis du SMR au sens de ces dispositions, lesquels ne contiennent aucune observation clinique faute d'un examen de l'assuré, se distinguent des expertises ou des examens médicaux, auxquels le SMR peut également procéder. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Ces rapports ne sont certes pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'OAI ou le juge se fonde de manière déterminante sur leur contenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière d'appréciation des preuves. Des investigations supplémentaires devront être ordonnées si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références).
7. En l'espèce, la Dresse B_____ a attesté une capacité de travail de 50 % d'octobre 2015 à juin 2017, et de 60 % dès cette date.

L'intimé a fondé son refus de prestations sur l'avis du SMR du 16 juillet 2018, lequel se distançait de l'appréciation de la Dresse B_____ en concluant à une capacité de travail complète dans l'activité habituelle dès octobre 2015.

Si le rapport de la Dresse B_____ ne contient pas tous les éléments formels permettant de se voir reconnaître une pleine valeur probante selon la jurisprudence, cette praticienne paraît motiver la capacité de travail partielle par les douleurs chroniques de la recourante, qui ont un substrat organique selon le Dr D_____, à tout le moins s'agissant des cervicalgies. Ainsi, *a priori*, son évaluation de la capacité de travail ne repose pas uniquement sur les plaintes subjectives de la recourante.

En l'absence de tout autre rapport médical établissant au degré de la vraisemblance prépondérante l'évolution de la capacité de travail et de gain de la recourante, et eu égard à la nature des avis du SMR, la Dresse F_____ ne pouvait dès lors substituer sans aucune motivation son appréciation de la capacité de travail à celle de la Dresse B_____. On notera du reste que le SMR n'indique pas quelles sont « les pièces versées au dossier » qui justifieraient l'admission d'une pleine capacité de travail dès octobre 2015, étant rappelé qu'aucun document médical à l'exception de ceux de la Dresse B_____ ne se prononce sur ce point, et que le dossier est particulièrement peu étoffé.

Par conséquent, l'avis du SMR ne suffit pas à emporter la conviction au vu de l'appréciation contradictoire du médecin traitant.

L'intimé n'ayant pas procédé à une instruction complète du dossier, un renvoi se justifie, à charge pour lui de compléter ses investigations, par exemple en procédant à une expertise, avec la collaboration de la recourante (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9), avant de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations.

Au vu des griefs soulevés par la recourante, il convient également de revenir sur les modalités du calcul d'invalidité.

En ce qui concerne le statut, l'intimé était *a priori* fondé à retenir que la recourante était active à 100 %, notamment au vu de ses déclarations à l'enquêtrice. Le fait qu'elle ne soit selon ses dires plus capable depuis son accident de travailler à temps complet n'est à l'évidence pas un motif d'application de la méthode mixte, si la réduction du temps de travail résulte d'atteintes médicales, et non d'un choix opéré par convenance personnelle. Cela étant, il conviendra au vu des allégations de la recourante que l'intimé détermine si un changement de méthode se justifie en raison d'une réduction du temps de travail que celle-ci aurait consentie pour s'occuper de son petit-fils même sans atteinte à la santé.

Quant au calcul du taux d'invalidité, c'est à juste titre que l'intimé l'a établi en se fondant sur des revenus statistiques, s'agissant tant du revenu avant qu'après invalidité. En effet, selon la jurisprudence, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans une entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés

par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise artisanale dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle de membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareil cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs (étrangers à l'invalidité) et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1 et 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.3). Dans le cas d'espèce, les résultats commerciaux engrangés par la carrosserie ont varié de manière importante entre 2015 et 2016 selon les bilans comptables, ce qui démontre précisément l'incidence de facteurs extérieurs aux atteintes à la santé et qui justifie la fixation du revenu en référence à des revenus statistiques. Quant au revenu après invalidité, dès lors que la recourante ne tire aucune rémunération de sa société nouvellement créée, il faut également tenir compte d'un revenu statistique, qui correspond à celui qu'elle pourrait réaliser en mettant en valeur sa capacité de travail dans une activité salariée adaptée.

S'agissant des montants précisément retenus dans le calcul d'invalidité, il faut néanmoins souligner que si la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle devait être confirmée par les mesures d'instruction qui seront mises en œuvre, il n'y aurait alors pas de motif de retenir des valeurs statistiques différentes dans la comparaison des revenus, et le salaire correspondant à une activité de niveau 1 (ligne 82) de l'ESS devrait être utilisé comme référence avant et après invalidité. Par ailleurs, l'indexation devra être calculée selon les mêmes modalités pour ces deux revenus et couvrir la même période.

8. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

La recourante a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), l'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 300.-.

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 25 mars 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de dépens de CHF 1'500.-.
6. Met un émolument de CHF 300.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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