



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2345/2018

ATAS/45/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 janvier 2020

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à PETIT-LANCY, comparant avec
élection de domicile en l'Etude de Maître Marlyse CORDONIER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et
Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le _____ 1962, mariée à Monsieur B_____, mère de deux enfants, nés le _____ 1993, respectivement le _____ 1994, est fleuriste dans l'entreprise familiale de son époux, C_____ (ci-après : l'employeur) depuis le 1^{er} janvier 1994. Elle est à ce titre assurée contre le risque d'accidents auprès d'AXA Winterthur, qui est également l'assurance-maladie collective de l'employeur.
2. Le 19 juillet 2015, l'assurée a glissé dans les escaliers de la piscine, entraînant des douleurs rachidiennes diffuses.
3. Dans un certificat du 30 juillet 2015, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecine physique et réadaptation, médecine du sport et médecine manuelle, a attesté d'une capacité de travail nulle du 20 juillet au 9 août 2015, et de 100 % dès le 10 août 2015 pour cause d'accident.
4. Le 18 août 2015, le Dr D_____ a complété un questionnaire que lui avait préalablement adressé AXA Winterthur, dans lequel il a posé le diagnostic de contusion lombaire, dorsale et thoracique. Les premiers soins remontaient au 30 juillet 2015. Le traitement consistait en de la physiothérapie et serait probablement terminé dans six semaines.
5. Dans un questionnaire du 7 décembre 2015 adressé à l'assureur-accidents, le Dr D_____ a mentionné que la thérapie était terminée. À la question de savoir s'il fallait s'attendre à un préjudice permanent, il a répondu : douleurs.
6. Dans un courrier du 25 janvier 2016, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'AXA Winterthur, a retenu une contusion dorso-lombaire simple avec un *statu quo sine* six semaines après l'accident.
7. Le 16 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), en y mentionnant être en incapacité de travail (ci-après: IT) à 50 % pour une durée indéterminée depuis le 16 octobre 2015. L'IT était due à la maladie (arthrose lombaire depuis dix ans; et cervicale depuis un an). Elle était suivie par le Dr D_____ depuis le 30 juillet 2015, en cours. Elle percevait des indemnités journalières maladie.
8. L'extrait du compte individuel (CI) de l'assurée du 26 février 2016 mentionne qu'elle a déclaré un revenu de CHF 19'200.- en 1994 et 1995 ; de CHF 21'000.- en 1996 ; de CHF 21'250.- en 1997 ; de CHF 24'000.- en 1998 et 1999 ; de CHF 24'900.- en 2000 ; de CHF 27'600.- en 2001 ; de CHF 28'200.- en 2002 et 2003 ; de CHF 30'000.- en 2004 ; de CHF 31'800.- en 2005 ; de CHF 33'600.- en 2006 ; de CHF 34'800.- en 2007 ; de CHF 36'000.- en 2008 ; de CHF 37'200.- de 2009 à 2013 ; de CHF 42'000.- en 2014 et de CHF 42'550.- en 2015.

-
9. Dans un questionnaire adressé le 29 février 2016 à l'OAI, l'employeur a indiqué que le contrat de travail était toujours en cours, l'assurée exerçant la profession de fleuriste, responsable du magasin. Jusqu'au 15 octobre 2015, jour de l'atteinte à la santé, elle travaillait à raison de 8,4 heures par jour soit 42 heures hebdomadaires; depuis le 16 octobre 2015, elle travaille à raison de 4,2 heures par jour, soit 21 heures par semaine. Son salaire AVS brut était de CHF 78'000.- par année depuis le 1^{er} octobre 2015, soit CHF 6'500.- par mois, revenu que gagnerait l'assurée actuellement sans atteinte à la santé dans son activité habituelle. Au cours des trois dernières années, elle avait perçu un revenu AVS de CHF 37'200.- en 2013 (CHF 3'100.- × 12 ; 1'040 heures travaillées), de CHF 42'000.- en 2014 (CHF 3'500.- × 12 ; 1'144 heures travaillées) et de CHF 51'000.- en 2015 (CHF 3'500.- × 9 + CHF 6'500.- × 3 [octobre à décembre] ; 1'404 heures travaillées).
10. Dans un rapport du 1^{er} mars 2016, le Dr D_____ a posé le diagnostic de cervico-dorsalgies, avec effet sur la capacité de travail, en traitement ambulatoire depuis le 30 juillet 2015. Le dernier contrôle remontait au 4 février 2016. Le pronostic était réservé. Les douleurs étaient prédominantes à la position debout ou assise prolongée ainsi qu'au port de charges. Le traitement actuel consistait en un travail de physiothérapie du renforcement et antalgiques à la demande. L'IT était de 100 % depuis le 20 juillet 2015. Les limitations fonctionnelles (ci-après: LF) dans l'activité exercée étaient: éviter le port de charges, le travail en position debout ou assise prolongée et les bras au-dessus de l'horizontale. L'activité exercée était encore exigible, mais il était encore prématuré de déterminer à quel taux.
11. À la demande de l'OAI, le 3 mars 2016, AXA Winterthur lui a transmis :
- un rapport du 21 octobre 2015 du Dr D_____, posant le diagnostic de douleurs cervico-dorsales. Le premier traitement remontait au 16 octobre 2015. Les douleurs se manifestaient lors du port de charges et en cas de position statique. Le traitement appliqué ou envisagé consistait en antalgiques et en rééducation. Il ne s'agissait pas d'un accident. Le traumatisme du 30 juillet 2015 était terminé. L'incapacité de travail était de 50 % du 16 octobre 2015 au 15 novembre 2015 pour cause de maladie ;
 - le rapport du 5 janvier 2016 du Dr D_____, retenant le même diagnostic. L'incapacité de travail était de 50 % du 16 octobre 2015 à fin janvier 2016, puis à réévaluer. Les consultations avaient lieu une fois par mois. Le traitement allait probablement durer trois mois.
12. Dans un rapport d'évaluation d'intervention précoce du 26 avril 2016, le conseiller en réadaptation professionnelle a relevé que l'atteinte à la santé remontait à un accident du 20 (recte : 19) juillet 2015: l'assurée était tombée sur des marches, et s'était fissuré les côtes, avec une sorte de « coup du lapin ». L'assurance-accidents était intervenue (AXA Winterthur, qui avait versé des indemnités journalières à 100 % pendant environ deux mois [sic] puis à 50 %). Au 31 octobre 2015, le cas

était passé en maladie. Dans son dernier emploi, l'assurée travaillait à 50 % depuis 1994, et à compter d'octobre 2015, son taux d'activité avait augmenté à 100 %. Selon les CI, son dernier salaire s'élevait à CHF 42'550,- pour un statut à 50 % avant le début de l'IT, en tant qu'employée. Selon le rapport de l'employeur, son revenu était de CHF 78'000.- « car c'est un salaire pour une salariée à 100 % depuis octobre 2015 ». Selon le conseiller en réadaptation, le statut à retenir était de 50 % comme employée, et il concluait son rapport par la proposition d'une étude ergonomique de la place de travail de l'assurée dans le cadre des mesures d'intervention précoce.

13. Par décision du 8 novembre 2016, l'OAI a consenti des mesures d'intervention précoce sous forme d'une adaptation du poste de travail sur le plan ergonomique.
14. Dans un courriel du 9 décembre 2016 adressé à l'OAI, l'assurée a indiqué avoir été satisfaite du travail ergonomique. Il lui était toutefois impossible de tenir une journée entière aux différents postes sans que les douleurs reviennent. Elle était toujours à 50 % et allait faire de la physiothérapie à cause de la tendinite à l'épaule droite. Elle suivait des cours de pilates/ yoga et consultait un ostéopathe.
15. Le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, mandaté par AXA Winterthur, a procédé à une expertise rhumatologique le 10 janvier 2017 et rendu son rapport le 12 janvier 2017. Ce rapport se basait sur l'anamnèse, les plaintes de l'assurée, l'examen clinique, et les pièces du dossier, comprenant également les imageries par résonance magnétique (IRM). L'expert a retenu les diagnostics suivants: cervico-dorso-lombalgies aspécifiques chroniques (soit une discopathie de L2 à S1; hernie discale L2-L3 foraminale et extraforaminale gauche; arthrose facettaire L3 à S1; ostéochondrose de Modic II en L3-L4 et en L5-S1 ; et cervicarthrose C5-C6 avec rétrécissement du trou de conjugaison gauche) ainsi qu'une légère épicondylite droite.

L'expert a relevé que l'assurée, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de décoratrice-graphiste, avait travaillé principalement depuis 1994 en qualité de fleuriste avec un statut de salariée au sein de l'entreprise tenue par son époux. Son activité consistait dans le nettoyage de fleurs, confection, prise de commandes, achat et préparation de fleurs, ainsi que chargement et déchargement des camionnettes de livraison de fleurs. Elle avait travaillé à 50 % avant d'augmenter son taux à plein temps depuis janvier (recte : octobre) 2015. Elle était en bonne santé hormis un premier épisode de lombalgies en postpartum en 1993, puis un second en 2006 avec la récurrence de lombalgies associées par la suite à des gonalgies intermittentes apparemment liées à un syndrome rotulien. Depuis 2006, elle déclarait avoir eu des lombalgies intermittentes selon les activités qu'elle effectuait. Elle avait bénéficié d'un traitement de physiothérapie, et notamment de la pratique régulière d'exercice de fitness. Elle avait également manifesté une épicondylite droite en 2014. L'atteinte à la santé actuelle remontait au 19 juillet 2015, date où l'assurée avait glissé dans les escaliers au bord d'une piscine, entraînant une contusion dorso-lombaire et thoracique, prise en charge par le

Dr D _____, lequel avait été consulté à partir du 30 juillet 2015. Ce médecin avait attesté un arrêt de travail transitoire à 100 % jusqu'au 9 août 2015, date à laquelle elle a repris son emploi à 50 %. Elle avait reçu un traitement physiothérapeutique, ostéopathique, parallèlement à la pratique régulière d'exercices de renforcements associés à du Pilates et à du yoga. Elle avait également pris de manière occasionnelle des anti-inflammatoires et des myorelaxants. Une IRM cervicale et lombaire avait été réalisée le 30 juin 2016, mettant en évidence au niveau cervical, un début d'arthrose C5-C6 avec un rétrécissement du trou de conjugaison plus marqué à gauche parallèlement à une arthrose facettaire postérieure C4-C5, et au niveau lombaire, des discopathies étagées notamment en L3-L4 et en L5-S1 sous forme de phénomène de Modic II, ainsi qu'une hernie discale au niveau L2-L3 gauche foraminale et extraforaminale en contact avec la racine L2 à gauche. L'assurée n'avait pas eu de traitement plus invasif sous forme d'infiltrations rachidiennes et aucune intervention neurochirurgicale ne lui avait été proposée.

Subjectivement, l'assurée déclarait la perpétuation de cervicalgies et de dorsalgies et d'occasionnelles lombalgies, améliorées par le traitement de physiothérapie. Les cervicodorsalgies étaient présentes lors des positionnements statiques prolongés, des ports de charges et des positions de porte-à-faux avec le buste. Ces douleurs étaient soulagées par le décubitus dorsal et la pratique d'exercices. Elle n'annonçait pas de gêne particulière dans l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne, comme lors de la toilette et de la préparation des repas. Concernant son activité professionnelle, elle avait bénéficié de certains aménagements du poste de travail, prodigués par l'OAI (rampe, seuil de porte, dévidoir, tapis antifatigue, ajustement du travail à l'écran). Elle affirmait pratiquer des activités sportives sans restrictions significatives.

Objectivement, l'assurée ne montrait pas de stigmates suggestifs d'un syndrome d'amplification des symptômes ni ne présentait de points de fibromyalgie douloureux. L'examen ostéoarticulaire périphérique était normal hormis une légère douleur à la palpation de l'épicondyle droit mais la manœuvre de Thomson était négative et la flexion/ extension du coude n'était pas entravée. Du point de vue rachidien, était observé un léger syndrome rachidien cervical et dorsal avec des contractures musculaires paravertébrales à ces deux niveaux, sans troubles statiques. L'examen clinique du rachis lombaire pouvait être considéré comme physiologique, en revanche au niveau de la nuque, une légère restriction des mouvements de rotations était constatée. La mobilité pouvait être considérée comme globalement physiologique tant au niveau du rachis lombaire que dorsal. Il n'existait aucun signe irritatif ou déficitaire d'un point de vue neurologique tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Les constatations cliniques étaient corrélées aux trouvailles du bilan IRM cervical et lombaire qui révélait des discopathies principalement au niveau lombaire avec une hernie discale en L2-L3 intra et extraforaminale gauche, qui n'entraînait toutefois pas de symptomatologie radiculaire actuellement.

En définitive, l'assurée souffrait de douleurs cervico-dorsales d'évolution chronique dans le contexte de troubles dégénératifs cervico-lombaires sans signe irritatif ou déficitaire d'un point de vue neurologique et sans élément en faveur d'un syndrome d'amplification des symptômes. Il n'existait pas d'éléments anamnesticque, clinique ou radiologique en faveur d'une cause spécifique quant aux douleurs comme une spondylarthropathie ou un processus néoplasique.

En réponse aux questions posées, l'expert a indiqué que, compte tenu du cahier des charges tel qu'il était décrit par l'employeur, on pouvait cautionner une CT de 50 % dans son activité habituelle de fleuriste. S'agissant du taux d'IT actuel et futur dans une profession adaptée au handicap, compte tenu de l'absence de symptomatologie radiculaire aux membres, d'une mobilité rachidienne presque complète, on pouvait estimer que, dans une activité qui serait entièrement adaptée au handicap, à savoir sans port ou soulèvement de charges de plus de 5 kg, alternance des positions debout et assise, évitant les mouvements répétitifs de la nuque en flexion/extension et en rotation, l'assurée aurait une CT qui serait de 90 %, en tenant compte d'une baisse de rendement de 10%, depuis le jour de l'expertise. L'assurée ne devait pas prendre de manière régulière une médication antalgique et les douleurs étaient surtout liées à la surcharge physique, notamment en ce qui concernait les ports de charges ou les positionnements statiques, notamment debout prolongés. L'assurée n'avait en outre pas d'entrave à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne ni quant à la pratique sportive (yoga, ski, natation) ou à la conduite automobile. L'expert considérait encore que le médecin traitant ne fournissait aucun argument pour justifier que l'assurée ne puisse pas travailler à plus de 50 % dans une activité adaptée selon son courrier du 19 octobre 2016.

Selon l'expert, rien ne s'opposait à ce que des mesures de réinsertion de l'assurance-invalidité soient entreprises chez une assurée titulaire d'un CFC de graphiste. L'assurée avait été informée que l'expert cautionnait une incapacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle de fleuriste, selon le cahier des charges rapporté, mais qu'elle présentait une exigibilité significativement supérieure dans une activité adaptée. Quant au pronostic, l'expert considérait que celui-ci demeurait favorable, à la condition de la poursuite du traitement actuel de physiothérapie avec la pratique d'exercices réguliers au niveau du rachis, avec des stratégies de « coping ». Il n'avait aucune proposition de traitement hormis celui prescrit par le médecin traitant (Dr D _____), tout à fait adéquat. Enfin, à la question de savoir si l'assurée avait déjà été traitée pour cette maladie, l'expert relevait que selon les dires de cette dernière, elle aurait déjà présenté des épisodes de lombalgies en 2006, sans information plus précise.

16. Dans un rapport de clôture d'intervention précoce du 3 février 2017, le réadaptateur de l'OAI a indiqué qu'ayant retenu un statut mixte pour l'assurée, soit 50 % / 50 %, et vu la reprise à 50 % dans son activité habituelle depuis plusieurs mois, le mandat d'intervention précoce était clôturé. Le poste de travail habituel avait été adapté sur le plan ergonomique. L'assurée était très satisfaite du résultat. Elle n'envisageait

pas une reconversion professionnelle. Les données médicales n'étaient pas à jour. Le gestionnaire du dossier était invité à instruire le cas sur le plan médical s'il l'estimait nécessaire.

17. Par courrier du 27 février 2017, l'OAI a sollicité de l'assurée une copie des bilans et des comptes de pertes et profits de l'entreprise ainsi que des attestations de salaires pour 2012 à 2016 exclusivement.
18. Le 3 mars 2017, l'époux de l'assurée a pris contact avec l'OAI pour signaler que cette dernière était « employée » dans l'entreprise. Il se posait dès lors la question de savoir s'il était utile de transmettre les bilans et comptes de pertes et profits de l'entreprise. La demande de production de ces documents a par la suite été confirmée.
19. Dans un rapport du 9 mars 2017, le Dr D_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire. Il a ajouté à titre de diagnostic, ayant une influence sur la capacité de travail, une tendinopathie de la coiffe de l'épaule droite depuis fin 2016. Les cervico-dorso-lombalgies chroniques sur discopathies étagées et l'épicondylite droite persistaient. Le traitement consistait en un travail de rééducation et de réentraînement à l'effort ainsi que des antalgiques à la demande. En ce qui concernait le pronostic, il fallait prévoir une douleur chronique. Les limitations fonctionnelles étaient : le port de charges, les activités avec l'utilisation des membres supérieurs ou l'élévation au-delà de 90° et la position assise ou debout prolongée. La compliance était optimale. Les deux dernières consultations remontaient au 30 juin 2016 et 2 mars 2017. La capacité de travail pourrait être supérieure à 50 % en cas de poste adapté. Il n'était pas nécessaire de mettre en œuvre un examen médical complémentaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, car l'assurée avait déjà été examinée par un expert à la demande de l'assurance en janvier 2017.
20. Le 14 mars 2017, l'OAI a reçu de l'assurée les documents sollicités, à l'exception des comptes de profits et pertes 2016 qui n'étaient pas encore établis. Les certificats de salaire mentionnent un revenu annuel brut de CHF 37'200.- en 2012 et 2013; de CHF 42'000.- en 2014 ; de CHF 42'550.- en 2015 et de CHF 39'000.- en 2016.
21. Dans un avis du 30 juin 2017, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), se référant au rapport d'expertise du Dr F_____, a retenu comme atteinte principale à la santé : des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur discopathie de L2 à S1, une hernie discale L2-L3 foraminale et extraforaminale gauche, une arthrose facettaire de L3 à S1, une ostéochondrose Modic II en L3-L4 et L5-S1, et une cervicarthrose C5-C6 avec rétrécissement du trou de conjugaison gauche. La pathologie associée du ressort de l'AI était une tendinopathie de surcharge de l'épaule droite. Le début de l'incapacité de travail remontait au 19 juillet 2015 suite à une chute avec contusion lombaire qui avait décompensé les troubles dégénératifs du rachis. L'incapacité de travail avait été totale dès cette date jusqu'au 15 octobre 2015 (recte : 9 août 2015), puis de 50 % dès le 16 octobre

2015. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de port de charges de plus de 5 kg, alternance des positions assise et debout, mouvements répétitifs de la nuque en flexion/ extension et en rotations, pas de positions statiques prolongées et pas de position en porte-à-faux du tronc. L'assurée avait bénéficié d'un traitement conservateur. Devant l'amélioration de la symptomatologie, une reprise de l'activité habituelle avait été effectuée à 50 % dès le 16 octobre 2015, date du début de l'aptitude à la réadaptation. Le poste avait été semi-adapté au cours de l'intervention précoce, cependant, il persistait la station debout prolongée et le port de charges lourdes. Le Dr D_____ confirmait que l'état de santé restait stationnaire et que dans une activité adaptée, la capacité de travail était supérieure à 50 %. Il renvoyait à l'expertise du Dr F_____. Le SMR a conclu que la CT était de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % avec une diminution de rendement de 10 % dans une activité adaptée respectant strictement les LF.

22. Un mandat d'enquête économique pour activité professionnelle indépendante a été confié au service des enquêtes de l'OAI. Madame G_____, titulaire du brevet fédéral de comptable, a réalisé cette enquête dans l'entreprise C_____, le 23 février 2018 en présence des deux conjoints. Le dossier mis à disposition comprend, entre autres, le certificat de salaire 2017 de l'assurée, mentionnant un revenu annuel brut de CHF 39'000.-.

Dans son rapport du 2 mars 2018, l'enquêtrice a relevé que l'assurée avait augmenté son temps de travail à plein temps dès le 1^{er} octobre 2015 suite à l'incapacité de travail de son époux. L'assurée avait été victime d'un accident et s'était trouvée en incapacité de travail entre le 19 juillet et le 9 août 2015. Le Dr D_____ attestait d'une capacité de travail entière dès le 10 août 2015. L'assurée avait toutefois été en incapacité de travail dès le 16 octobre 2015 en raison de cervico-dorso-lombalgies. Son poste de travail avait été adapté dans le cadre de mesures de détection précoce. À la lecture des CI, elle avait travaillé à 50 % dans l'entreprise depuis 1994 à l'exception du 1^{er} au 16 (recte : 15) octobre 2015 où elle avait exercé à plein temps. Depuis le 16 octobre 2015, l'activité habituelle était poursuivie à 50 %. L'assurée déclarait souffrir toujours de tendinopathie cette fois sur le bras gauche. Elle décorait le magasin, refaisait les vitrines, achetait la marchandise et en fonction des quantités, la faisait livrer. Elle vérifiait les livraisons, encaissait les clients et répondait au téléphone. Elle ne pouvait plus porter les gerbes de fleurs ni les seaux, et ne changeait plus l'eau des vases. L'époux s'occupait de la partie administrative avec l'aide de sa fille. Il gérait la partie ressources humaines ainsi que l'organisation et la supervision du travail. L'assurée n'exerçait aucune fonction dirigeante.

L'enquêtrice a conclu que c'était l'époux qui disposait d'une influence prépondérante sur la politique de l'entreprise et de l'évolution des affaires. L'assurée avait une activité de salariée au sein de l'entreprise de son mari. De ce fait, le statut de l'assurée n'était pas assimilé à celui d'une personne de condition indépendante. Compte tenu du fait que l'intéressée avait une CT de 90 % dans une activité

adaptée, il semblait judicieux de transmettre le dossier au département de la réadaptation afin que celui-ci puisse se prononcer sur une activité adaptée aux LF de l'assurée. Ce service déterminerait également s'il était opportun de proposer à l'assurée d'autres mesures pour diminuer sa perte de gain ou lui permettre de mettre à profit sa CT résiduelle de 90 % dans une activité adaptée au sein du commerce de son époux.

23. Dans une note du 9 avril 2018, le responsable du groupe réadaptation a rappelé que l'assurée travaillait à 50 % depuis 1994 avant d'augmenter son taux du 1^{er} au 16 (recte : 15) octobre 2015 alors qu'elle était en IT dès le 19 juillet 2015. Elle avait repris son activité habituelle à 50 % dès le 17 (recte : 16) octobre 2015. Le SMR estimait la CT à 50 % dans l'activité habituelle, taux qu'elle exerçait depuis sa reprise. Il n'y avait ainsi pas de perte économique pour la part professionnelle.
24. Dans une « note statut » du 25 avril 2018, l'OAI a mentionné que l'assurée, âgée de 55 ans, travaillait comme fleuriste à 50 % auprès de l'entreprise C_____ entre 1994 et 2015. Afin de soutenir son mari, lui-même malade, l'assurée avait augmenté temporairement son taux de travail à 100 % durant un mois. Suite à quoi, elle avait repris son activité habituelle à 50 % comme auparavant. Sur cette base, le gestionnaire du dossier retenait un statut mixte (50/50).
25. Dans un projet de décision du 25 avril 2018, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Le SMR lui reconnaissait une incapacité de travail de 100 % entre le 19 juillet et le 15 octobre 2015 (sic) dans son activité habituelle, et de 50 % dès le 16 octobre 2015. À l'issue du délai de carence, elle avait déjà repris son activité habituelle à 100 % depuis le 16 octobre 2015. Son incapacité de travail ayant duré moins d'une année, les conditions du droit à la rente n'étaient pas réunies.
26. Par courrier du 4 mai 2018, l'assurée a contesté ce projet de décision, en particulier le statut retenu. Elle avait été engagée le 1^{er} octobre 2015 pour un poste à temps complet de 42 heures par semaine, pour un salaire annuel de CHF 78'000.-. Elle était en arrêt de travail à 50 % depuis le 16 octobre 2015 (toujours en cours). Elle avait épuisé ses prestations auprès d'AXA Winterthur. Depuis le 15 octobre 2017, son employeur ne lui versait que la moitié de son salaire, puisqu'elle était toujours en arrêt de travail, alors que l'OAI affirmait qu'elle aurait repris son travail à 100 % depuis le 16 octobre 2015.

Elle a produit :

- les certificats de salaires 2015 à 2017;
- les décomptes d'AXA Winterthur des 24 novembre 2015 et 30 octobre 2017, dans lesquels l'assurance indiquait avoir versé les prestations maximales de 716 indemnités journalières à 50 % suite au début de l'incapacité de travail le 16 octobre 2015. Le salaire annuel assuré était de CHF 78'000.-, soit CHF 213.69 d'indemnité journalière. L'indemnité journalière s'élevait à 80 % du

salaires annuels assurés (soit CHF 170.95) dès le 15^e jour. L'assurée avait été indemnisée du 30 octobre 2015 au 14 octobre 2017 ;

- les certificats des 16 octobre 2015 et 3 avril 2018 du Dr D_____, attestant d'une capacité de travail de 50 % du 16 octobre 2015 au 15 novembre 2015 pour cause de maladie, respectivement du 1^{er} au 30 avril 2018 ;
 - le courrier de l'employeur du 25 septembre 2015, modifiant le contrat de travail de l'assurée avec effet au 1^{er} octobre 2015 ; son salaire brut serait de CHF 6'500.- par mois pour un horaire de 42 heures hebdomadaires en tant que fleuriste responsable ;
 - le courrier de l'employeur du 3 mai 2018, par lequel ce dernier attestait avoir engagé l'assurée en qualité de fleuriste depuis le 1^{er} janvier 1994. Son contrat de travail avait été modifié avec effet au 1^{er} octobre 2015. Depuis le 16 octobre 2015, elle était en arrêt de travail à raison de 50 %.
27. Par décision du 4 juin 2018, l'OAI, reprenant la teneur de son projet de décision, a rejeté la demande de prestations du 16 février 2016. Il a ajouté que, dans le cadre de l'audition, la recourante contestait le statut d'assurée, soit celui d'une personne se consacrant à 50 % à son activité professionnelle et les 50 % restant à l'accomplissement de ses travaux habituels. Elle déclarait avoir été engagée à 100 % dès le 1^{er} octobre 2015. Il ressortait des éléments en possession de l'office que son atteinte à la santé remontait à juillet 2015, soit avant la modification de son contrat de travail. De ce fait, le statut d'assurée retenu dans sa situation restait inchangé.
28. Par mémoire du 5 juillet 2018, l'assurée, représentée par un conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision de l'OAI du 4 juin 2018. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision entreprise ; à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle exerce une activité lucrative à 100 % depuis le 1^{er} octobre 2015 et que, par conséquent, c'est la méthode générale de comparaison des revenus qui est applicable; à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle présente un degré d'invalidité de 43,2 %, et qu'elle a ainsi droit à un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2016 ; et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour détermination du degré d'invalidité dans la sphère ménagère, puis nouvelle décision.

La recourante a indiqué travailler dans le commerce familial depuis 1994. En 1998, son époux avait acquis à titre personnel une parcelle (n° 3608) sur la commune de Lancy, de 1'623 m², qui comportait plusieurs bâtiments, dont une surface commerciale et des serres ainsi que deux bâtiments comportant chacun trois logements, tous loués à des tiers. La surface commerciale et les serres étaient affectées à l'exploitation du commerce de fleurs. En 2009, l'époux de l'assurée avait été approché par des promoteurs: sa parcelle, située en 5^e zone de développement 3, était incluse dans un plan localisé de quartier. À fin 2013, il avait vendu sa parcelle après avoir obtenu la garantie d'une priorité pour l'obtention notamment d'une arcade dans l'immeuble projeté. Le 1^{er} avril 2015, la société qui avait acquis la

parcelle n° 3608 s'était obligée à vendre à M. B _____, à quantifier ultérieurement, deux parts de copropriété du bâtiment qui serait construit et soumis au régime de la propriété par étages, l'une d'une surface de 24 m² au titre de dépôt et l'autre d'une surface de 193 m² au titre de local commercial au rez-de-chaussée. L'acte de vente définitif avait été signé en décembre 2015. Les travaux avaient débuté en juillet 2014. Le commerce de fleurs avait été déplacé provisoirement de l'autre côté de la route. Ce commerce provisoire était cependant peu visible depuis la route et le chiffre d'affaires avait sensiblement diminué depuis le début des travaux. Le contrat de travail de l'assurée avait été modifié: son salaire était passé de CHF 3'100.- à CHF 3'500.- pour un horaire de 25 heures par semaine à partir du 1^{er} janvier 2014.

Le 30 (recte: 19) juillet 2015, elle avait été victime d'un accident, suite à une chute (dans l'escalier de sa piscine); elle avait été mise en arrêt de travail du 20 juillet au 9 août 2015 pour contusion lombaire, dorsale et thoracique. Elle avait repris son travail à son taux habituel le 10 août 2015. D'entente entre les époux, il avait été décidé, dans le cadre de l'exploitation familiale du commerce de fleurs, d'augmenter le taux de travail de la recourante à 100 % à partir du 1^{er} octobre 2015. Cette décision était intervenue pour plusieurs raisons : le mari avait souffert, à partir du deuxième semestre de l'année 2014 d'un état anxio-dépressif caractérisé par un épuisement, une anxiété grandissante, des troubles du sommeil et de la concentration (sur fond de litige avec l'administration fiscale au sujet de la taxation de l'opération immobilière susmentionnée). Cet état était tel qu'il avait été mis en incapacité totale de travail du 25 septembre 2015 au 31 janvier 2016. Une reprise à 70 % avait été possible le 1^{er} février 2016 et à 100 % dès le 1^{er} avril 2016. Durant toute cette période, la recourante avait secondé son mari dans une mesure supérieure à son taux habituel de travail. Lorsque ce dernier avait été mis en arrêt de travail, la recourante avait travaillé à 100 %, afin de compenser au maximum l'absence de son mari. Les époux avaient alors décidé qu'il fallait régulariser la situation. En raison des travaux de rénovation complète de l'arcade, débutés en 2014, il fallait préparer la transition avec la nouvelle arcade qui avait ouvert en septembre 2017. Il avait été prévu que l'assurée se charge notamment de l'aménagement intérieur et de la décoration, du développement du nouveau concept avec notamment le choix du gérant pour le lounge café, de la création du logo et de la couverture médiatique et publicitaire, ainsi que du déménagement de l'atelier à l'arcade. Avec le développement de la nouvelle arcade, les époux espéraient naturellement un accroissement du chiffre d'affaires, ce qui justifiait une augmentation du temps de travail de la recourante sur un long terme.

La recourante était en incapacité de travail pour cause de maladie depuis le 16 octobre 2015. Elle a rappelé les conclusions de l'expertise F _____, retenues par le SMR qui avait considéré que la CT de la recourante était de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % avec une diminution de rendement de 10 % dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles. L'OAI avait estimé, aux termes des mesures de détection précoce dont elle avait pu bénéficier, qu'elle

avait repris à 50 % son travail, lui reconnaissant un statut mixte soit 50 %/ 50 %. Elle a également rappelé les conclusions de l'enquête économique, qui constatait qu'elle avait une activité de salariée au sein de l'entreprise de son mari et qu'ainsi son statut n'était pas assimilé à celui d'une personne de condition indépendante.

La question litigieuse concernait le statut de la recourante. L'intimé avait retenu un statut mixte de 50 %/ 50 %, alors que c'était celui d'une activité lucrative à plein temps qui devait être admis. Elle a fait valoir qu'elle avait rendu vraisemblable qu'elle comptait reprendre une activité à plein temps. Cette reprise n'avait cependant été possible et effective que du 1^{er} au 15 octobre 2015. En effet, pour des raisons de santé, elle était en incapacité de travail à 50 % depuis le 16 octobre 2015.

La recourante a estimé que, selon la méthode à appliquer de comparaison des revenus, si l'on se référait aux salaires statistiques, une femme travaillant à temps plein, dans une activité simple et répétitive, pouvait gagner en 2016 un salaire de CHF 54'717.50 dont à déduire 10 % (baisse de rendement selon l'expert), déterminant ainsi un salaire annuel de CHF 49'245.75, avec invalidité. Elle considérait ensuite que, compte tenu des LF importantes, il y avait lieu de tenir compte d'une déduction supplémentaire de 10 %, portant le revenu d'invalidité à hauteur de CHF 44'321.15. Comparé au revenu annuel sans invalidité à hauteur de CHF 78'000.-, il en résultait un taux d'invalidité de 43,2 %. D'après elle, elle avait ainsi droit à un quart de rente d'invalidité.

À supposer que l'on doive admettre que la méthode mixte s'appliquerait, le dossier devrait être renvoyé à l'intimé pour évaluation de l'invalidité et calcul de la rente en application de la méthode mixte, désormais réglée par les dispositions entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Toutefois, dans cette hypothèse, selon la recourante, ce ne serait pas un statut mixte de 50 % / 50 % qui devrait être retenu mais celui de 60 % dans la sphère professionnelle et 40 % dans la sphère ménagère. En vertu de l'art. 27^{bis} al. 2 à 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), l'invalidité de la recourante s'élevait à 30 % dans la sphère professionnelle selon le calcul suivant: revenu sans invalidité à 100 %: CHF 78'000.-; revenu d'invalidité: CHF 39'000.-; perte de gain: CHF 39'000.-; taux d'invalidité : 50 %; invalidité dans la sphère professionnelle (50 % x 0.6) = 30 %. Il appartenait à l'intimé de déterminer l'invalidité dans la sphère ménagère.

La recourante a joint notamment :

- le contrat de travail du 20 décembre 1993, par lequel l'employeur l'engageait en qualité de fleuriste dès le 1^{er} janvier 1994 pour un salaire brut de CHF 1'600.- par mois, soit 16 heures hebdomadaires ;
- le courrier de l'employeur du 22 décembre 2013, modifiant le contrat de travail avec effet au 1^{er} janvier 2014 ; le salaire brut serait de CHF 3'500.- par mois pour un horaire de 25 heures hebdomadaires.
- le procès-verbal du 16 septembre 2016 relatif à un entretien qui a eu lieu entre l'époux de l'assurée et AXA Winterthur, dans les locaux de l'assureur, au cours

duquel M. B_____ a déclaré gérer et s'occuper de l'administration de son entreprise de fleurs. Quant à son épouse, elle en était la responsable depuis le 1^{er} octobre 2015 pour un taux d'activité de 100 %. Il avait fait un burnout et durant près de six mois, il était resté inactif. Son épouse lui avait alors proposé de reprendre l'activité de gestion au magasin et ainsi lui permettre de se remettre de son problème de santé et pouvoir aller de l'avant dans le développement de leur affaire. Elle avait pour cette raison accepté d'être promue responsable du magasin. Avant que n'intervienne ce changement, elle était déjà responsable au sein du magasin mais à un taux d'activité de 70 % pour un salaire mensuel brut de CHF 3'500.-. Sa fiduciaire lui avait fait remarquer que son épouse n'était pas suffisamment rémunérée pour le travail effectué. Il avait alors, sur conseil de celle-là, augmenté le salaire de son épouse à CHF 78'000.- par année, montant qui semblait être en adéquation avec son activité compte tenu de ses vingt ans de carrière. Cette dernière était en arrêt maladie à 50 % depuis le 16 octobre 2015, elle souffrait du dos et des poignets. Elle avait du rhumatisme et de l'arthrose. À sa connaissance, la maladie de son épouse n'avait aucun rapport avec l'accident survenu en juillet 2015. Dès novembre 2015, son épouse avait perçu un salaire brut de CHF 3'250.-, soit la moitié de CHF 6'500.- car elle travaillait à 50 % ;

- le rapport du 24 octobre 2016 du docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'époux, indiquant que ce dernier l'avait consulté en raison d'un état anxio-dépressif caractérisé par un épuisement, une anxiété grandissante, des troubles du sommeil et des troubles de la concentration. Cet état résultait d'une situation conflictuelle avec l'administration fiscale qui avait mis en péril la situation économique du patient ainsi que ses projets. Il avait développé sur son lieu de travail des crises d'angoisse. Sa capacité de travail avait été nulle du 25 septembre 2015 au 31 janvier 2016, de 70 % dès le 1^{er} février 2016 et totale à partir du 1^{er} avril 2016. Le procès intenté par le patient à l'encontre de l'administration s'était terminé en faveur de ce dernier, lui permettant de conserver son commerce, son activité et ses projets.

29. Dans sa réponse du 30 juillet 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. La question du statut devait être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'était développée jusqu'au moment où l'administration avait pris sa décision, soit le 4 juin 2018. Il ressortait des éléments médicaux figurant au dossier que la recourante avait présenté une IT de 100 % dans toute activité du 19 juillet au 15 octobre 2015, puis dès le 16 octobre 2015, la CT était de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % avec une baisse de rendement de 10 % dans une activité adaptée à ses LF. La recourante travaillait depuis 1994 comme fleuriste et ceci à 50 % selon les extraits des CI. L'atteinte à la santé justifiant une IT avait débuté au mois de juillet 2015, date à laquelle la recourante exerçait son activité à 50 %. L'argumentation de la recourante selon laquelle elle aurait rendu vraisemblable qu'elle comptait reprendre une activité à plein temps, et qu'en raison de problèmes de santé, cette reprise

n'avait été effective que du 1^{er} au 15 octobre 2015, étant en IT à 50 % depuis le 16 octobre suivant, ne saurait être suivie. Le début de l'IT avait été objectivement fixé en juillet 2015. Or, en octobre 2015, la recourante était déjà atteinte dans sa santé, de sorte que cet élément n'était pas pertinent pour la détermination du statut. Par ailleurs, en incapacité totale de travail selon les éléments médicaux au dossier, la recourante ne faisait état d'un travail à 100 % que pour une période de deux semaines (du 1^{er} au 15 octobre 2015), ce qui ne saurait en aucun cas être suffisant pour justifier, selon la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales, une modification de son statut. En outre, il n'y avait pas eu de modification de la situation tant personnelle que financière qui justifierait une modification du temps de travail. Dès lors, il y avait lieu de considérer comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sans atteinte à la santé, la recourante aurait continué à exercer une activité à 50 %. Ainsi, l'intimé a conclu à la confirmation du statut retenu, et compte tenu de l'absence d'enquête ménagère, au renvoi du dossier pour évaluation des empêchements dans le ménage et calcul du taux d'invalidité.

30. La recourante a répliqué par courrier du 13 septembre 2018, en persistant dans ses conclusions. Pour fixer la part professionnelle selon un statut mixte 50 %/ 50 %, l'intimé s'était référé uniquement à l'extrait des comptes individuels, sans examiner la situation concrète, pourtant particulière, puisque la recourante collaborait à l'entreprise de son mari. Sa situation était donc, selon elle, bien différente de celle qui existerait si elle travaillait pour le compte d'un tiers. Même en ayant été mise au bénéfice d'un contrat de travail, il n'avait pas été aisé, compte tenu du devoir d'assistance entre époux, de fixer un salaire correspondant trait pour trait au nombre d'heures effectuées dans l'entreprise en fonction des tâches assumées. L'examen des pièces montrait cependant que la collaboration de la recourante avait toujours été importante, qu'elle avait augmentée au fil des années, compte tenu de circonstances tant familiales que liées à l'entreprise. En 2014, son contrat avait été adapté pour tenir compte des changements intervenus avec effet au 1^{er} janvier 2014, son temps de travail passant à 25 heures par semaine dès le 1^{er} janvier 2014. Ceci se remarquait d'ailleurs à lecture du compte individuel qui voyait passer le salaire annuel de CHF 37'200.- (en 2013) à CHF 42'000.- (en 2014). Enfin, contrairement à ce que prétendait l'intimé, des éléments économiques concrets établissaient l'intention des époux d'augmenter le temps de travail de la recourante (burnout du mari, mise en place du nouveau magasin et projet de développement futur de la nouvelle arcade, selon les explications fournies dans le cadre du recours). L'intimé considérait d'autre part que le début de l'IT devait être fixé au 19 juillet 2015. Il ressortait clairement du dossier médical que la recourante avait été victime d'un accident en date du 19 juillet 2015 et qu'elle avait été en incapacité de travail pour cause d'accident du 20 juillet au 9 août 2015. Elle avait ensuite repris le travail à son taux habituel de 25 heures par semaine à partir du 10 août 2015. Eu égard à ce qui précédait, la nouvelle IT pour cause de maladie avait débuté le 16 octobre 2015. C'était cette incapacité qui était à l'origine de l'atteinte à la santé invalidante. Elle

persistait donc à considérer avoir rendu vraisemblable que, sans cette atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité à 100 %.

31. L'OAI a dupliqué, par un très bref courrier du 16 octobre 2018, se bornant à persister intégralement dans les termes de sa réponse.
32. Sur quoi, la chambre de céans a procédé à l'audition des parties, en comparution personnelle le 11 février 2019:

Me Marlyse CORDONIER, conseil de la recourante, a déclaré que dans le recours elle avait détaillé tous les aspects de la problématique immobilière, bien que cela ne fût que très indirectement lié aux questions touchant l'objet du litige et plus particulièrement la recourante, estimant nécessaire de situer le cadre de ce qui avait généré les problèmes de santé rencontrés par M. B_____ (il s'attendait à devoir payer CHF 184'000.- environ d'impôts, mais avait reçu un bordereau de CHF 1'127'000.-, ce qui pouvait effectivement causer quelques soucis de santé à l'intéressé qui avait eu à un moment donné un burnout et n'avait plus pu exercer son métier pendant un certain temps). Cela expliquait également à son sens pourquoi sa cliente avait dû augmenter son temps de travail.

La recourante a affirmé avoir commencé à travailler pour l'entreprise familiale de son mari en 1994. Elle avait au début suivi une formation dans un autre secteur (graphisme, artistique, etc.), et comme ce secteur était sinistré, ne trouvant pas de travail, ses beaux-parents et son mari l'avaient alors suggéré de venir travailler dans l'entreprise. Elle ne se souvenait plus exactement du taux auquel elle avait été engagée à l'époque. Le contexte d'une entreprise familiale était un peu particulier, et sans doute moins formaliste. Parallèlement, elle avait accouché d'une fille en 1993, et d'un garçon en 1994. Après l'accouchement, elle n'avait pas travaillé pendant un certain temps, puis était revenue progressivement, avec des périodes variables par rapport au taux d'activité. Par exemple, pendant les vacances scolaires, elle ne travaillait pas mais pendant la saison d'école, elle travaillait plus. Ses problèmes de santé étaient apparus progressivement. Elle avait d'abord ressenti des lombalgies après ses grossesses, ainsi que des gonalgies, et des douleurs dans les cervicales. Si entre-temps, elle avait pu bénéficier de périodes d'accalmie, elle avait de nouveau eu une période de recrudescence de douleurs au moment du déménagement de leur commerce, au début des travaux décrits dans le recours en 2014. Elle avait en effet participé activement à ce déménagement, car dans l'entreprise familiale, ils n'avaient pas pour habitude de faire appel à des aides extérieures.

Il y avait eu ensuite la glissade dans les escaliers de la piscine en juillet 2015. Elle avait été mise en arrêt de travail pendant quelques semaines, soit du 20 juillet au 9 août 2015. Elle avait repris le travail à son taux habituel de 50 % dès le 10 août. À partir de là, elle ne touchait plus de prestations de l'assureur perte de gain accident. En revanche, l'aménagement de leurs nouveaux locaux, et la situation de santé de son mari venant perturber la bonne marche de leur entreprise, elle avait pris plus de

temps d'emploi, et ils avaient alors discuté d'une mise à jour de son statut, ce qui n'avait pas été le cas depuis la naissance de son fils. C'était la fiduciaire qui avait attiré leur attention sur cette question. Dans ces circonstances, ils avaient décidé d'augmenter son taux de travail contractuel à 100 % dès le 1^{er} octobre 2015. Malheureusement, dès le 16 octobre 2015, l'assurance-accidents considérait que son cas ne relevait plus de l'assurance-accidents mais de la maladie. Depuis le 16 octobre, l'assurance perte de gain maladie lui avait versé des indemnités journalières maladie de 50 %. Son mari d'ailleurs avait été convoqué par l'assurance qui voulait comprendre pourquoi en étant encore partiellement incapable de travailler, elle augmentait son temps de travail de 50 % à 100 %. Elle faisait référence à la pièce 21, ainsi qu'à la pièce 19 pour la date de début des indemnités maladie. Elle avait touché ces indemnités journalières maladie pendant deux ans, soit jusqu'au 14 octobre 2017 (selon la pièce 20 de son chargé). Pendant ces deux ans, elle avait donc travaillé à 50 %. Mais, au vu de la masse de travail qu'elle était censée fournir, ils avaient dû engager d'une part une personne qui devait accomplir ce que médicalement elle n'était pas capable d'assumer en raison de ses limitations physiques, mais également une autre personne pour l'aider à ce qu'elle était censée faire sur un plein-temps. Il était vrai qu'à l'époque déjà elle était considérée comme responsable du magasin. Elle l'était devenue petit à petit, en ayant commencé en bas de l'échelle, à faire les basses besognes, pour ensuite acquérir des compétences sur le tas, et notamment par rapport à la connaissance des fleurs qui n'était pas sa formation de base. Elle considérait la nouvelle arcade comme son « bébé » : depuis longtemps, son mari et elle rêvaient de créer un concept unique, qu'elle avait petit à petit façonné, et qui avait abouti à l'arcade qu'ils avaient finalement ouverte en août 2017. Elle était très heureuse du succès que rencontrait ce nouveau concept, ils avaient encore dû engager du monde pour faire face à la nécessité et à la demande de la clientèle. Elle avait d'ailleurs « accaparé » une jeune fille de 27 ans qu'elle surnommait « la mini-moi », qui la complétait, en faisant exactement à sa manière ce qu'elle ne pouvait pas ou plus faire. À 50 %, elle était toujours d'une grande utilité et supervisait tout, sur le plan artistique, car tout l'aspect administratif était le domaine de son mari.

La représentante de l'intimé a déclaré ne pas avoir d'autres actes d'instruction à solliciter, et considérait que l'audition de M. B_____ que semblait vouloir demander la recourante ne paraissait pas utile, car le statut mixte résultait de l'examen du dossier par rapport à la situation antérieure à l'atteinte à la santé, étant rappelé que la recourante avait travaillé à 100 % pendant deux semaines, alors qu'elle était atteinte dans sa santé. Si à l'avenir la situation devait changer, celle-ci pourrait le cas échéant déposer une nouvelle demande si les conditions en étaient fondées.

Sur quoi, un délai a été imparti à la recourante pour produire les décomptes d'indemnités journalières accident d'AXA Winterthur.

33. La recourante s'est déterminée par courrier du 11 mars 2019. Elle a versé au dossier :

- la déclaration d'accident du 31 juillet 2015 relatif à l'évènement du 19 juillet 2015, adressée à AXA Winterthur. Son salaire AVS déclaré s'élevait à CHF 42'000.- pour une durée moyenne de travail de 30 heures par semaine. Le degré d'occupation était de 70 % ;
- le décompte d'indemnités journalières d'AXA relatif à l'accident du 19 juillet 2015. Le salaire annuel assuré s'élevait à CHF 42'000.-, cela déterminait une indemnité de CHF 115.70 par jour ; le salaire était assuré à concurrence de 80 % dès le 3^e jour, soit une indemnité de CHF 92.06 par jour. AXA avait indemnisé la recourante via son employeur par le versement de 19 indemnités journalières à 100 % pour la période du 22 juillet au 9 août 2015 ;
- la déclaration de maladie du 16 octobre 2015 adressée par l'employeur à AXA Winterthur. Le salaire AVS déclaré s'élevait à CHF 78'000.-, pour une durée moyenne de travail de 42 heures par semaine. L'incapacité de travail de 50 % avait débuté le 16 octobre 2015.

La recourante a indiqué que ce document (celui du 16 octobre 2015) devait être lu en relation avec les pièces 19 et 20, soit: les décomptes d'AXA Winterthur des 24 novembre 2015 et 30 octobre 2017 pour les suites de la maladie déclarée à partir du 16 octobre 2015. Au 14 octobre 2017, AXA avait versé les prestations maximales de 716 indemnités pour ce cas. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties, la représentante de l'intimé avait relevé que le statut mixte de la recourante résultait de l'examen du dossier par rapport à la situation antérieure à l'atteinte à la santé, rappelant qu'elle avait travaillé à 100 % pendant deux semaines, alors qu'elle était atteinte dans sa santé. Selon la pratique, la question du statut de l'assuré devait être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative. La recourante avait expliqué les raisons pour lesquelles elle souhaitait reprendre une activité lucrative à 100 %. Le Tribunal fédéral, dans un arrêt du 21 novembre 2018 dans la cause 9C_414/2018, avait rappelé que pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il fallait à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplissait ses travaux habituels, il convenait 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 vaqué à une occupation lucrative. En l'état, la recourante avait démontré qu'il existait des indices suffisants (problèmes de santé du mari, travaux de rénovation complète de l'arcade et développement de la nouvelle arcade), établissant avec une vraisemblance prépondérante qu'elle souhaitait reprendre le travail à 100 %, étant encore précisé que ses enfants étaient dorénavant grands.

34. L'intimé s'est encore déterminé par courrier du 3 avril 2019, persistant dans ses conclusions. Il a rappelé que la recourante avait toujours travaillé un taux de 50 %

alors qu'aucune atteinte à la santé n'était objectivement attestée. Ce qui importait dans la détermination du statut était de savoir à quel taux la recourante - élément objectif à l'appui - aurait travaillé sans atteinte à la santé. En l'occurrence, seul un statut mixte pouvait entrer en ligne de compte. Les documents fournis à l'appui de ses dernières écritures n'étaient pas de nature à modifier l'appréciation du cas.

35. Sur 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 - 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).

La compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

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

4. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

Compte tenu de la date de la décision administrative en cause (le 4 juin 2018), qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; ATF 127 V 467 consid. 1), il y a lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27^{bis} al. 2 à 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) dans sa teneur du 1^{er} décembre 2017 est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, à partir de l'entrée en vigueur de cette

modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).

Le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2017, et, après le 1^{er} janvier 2018 en fonction des modifications susmentionnées (cf. ATAS/435/2019 du 13 mai 2019 consid. 10).

5. Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. Il s'agit, singulièrement, de déterminer son statut et donc le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité et, plus particulièrement, le taux auquel elle exercerait une activité professionnelle sans atteinte à la santé.
6. 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). Selon 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 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 (al. 1). 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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.

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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références).

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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée 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; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin

traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9. 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).
10. En l'espèce, il ressort du rapport d'expertise du 12 janvier 2017, établi par le Dr F_____ – dont la valeur probante n'est pas contestée par la recourante et n'apparaît pas contestable –, que cette dernière souffre de cervico-dorso-lombalgies aspécifiques chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs (soit une discopathie de L2 à S1; une hernie discale L2-L3 foraminale et extraforaminale gauche; une arthrose facettaire L3 à S1; une ostéochondrose de Modic II en L3-L4 et en L5-S1; et une cervicarthrose C5-C6 avec rétrécissement du trou de conjugaison gauche) – les lombalgies intermittentes existaient depuis 2006 –, ainsi qu'une légère épicondylite droite depuis 2014. Selon l'expert, la capacité de travail de la recourante est de 50 % dans son activité habituelle de fleuriste et de 90 % – compte tenu d'une baisse de rendement de 10 % – dans une activité adaptée qui respecte ses limitations fonctionnelles (à savoir éviter le port ou le soulèvement de charges de plus de 5 kg, de même que les mouvements répétitifs de la nuque en flexion/extension et en rotation, alterner les positions debout et assise), ce depuis la date de l'expertise, soit le 10 janvier 2017.

Dans son rapport du 9 mars 2017, le Dr D_____, médecin traitant, a confirmé ces diagnostics (« les cervico-dorso-lombalgies chroniques sur discopathies étagées et l'épicondylite droite persistaient ») et ajouté celui de tendinopathie de la coiffe de l'épaule droite depuis fin 2016. Il a estimé que la capacité de travail de la recourante est supérieure à 50 % dans une activité adaptée et qu'il est superflu de mettre sur pied un examen médical complémentaire pour déterminer les conséquences de l'atteinte à la santé de la recourante sur sa capacité de travail, puisqu'une expertise avait déjà été réalisée en janvier 2017. Le Dr D_____ partage donc les conclusions de l'expert.

La chambre de céans retient par conséquent que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de fleuriste et de 90 % dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, dès le 10 janvier 2017.

11. Reste à déterminer le statut de la recourante; la position des parties diverge sur ce point.
12. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (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 dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

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 la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

13. a. En l'espèce, l'intimé considère que la recourante n'aurait exercé qu'une activité partielle à 50 %, ce qui implique le recours à la méthode mixte d'évaluation. Pour sa part, celle-ci soutient qu'elle aurait travaillé à plein temps, sans atteinte à la santé et, partant, se prévaut de l'application de la méthode ordinaire de la comparaison des revenus.

b. La recourante, au bénéficiaire d'une formation dans le secteur artistique (graphisme), a travaillé dès le 1^{er} janvier 1994 au sein de l'entreprise familiale de son époux, où elle a acquis les compétences du métier de fleuriste, et est devenue au fil du temps fleuriste responsable du magasin. Selon le contrat de travail du 20 décembre 1993, son horaire de travail était de 16 heures hebdomadaires. Lors de l'audience de comparution personnelle, elle a déclaré que son taux d'activité variait en fonction des périodes afin de pouvoir s'occuper de ses deux enfants. À compter du 1^{er} janvier 2014, le temps de travail hebdomadaire a augmenté à 25 heures. Compte tenu des revenus soumis à cotisations, ressortant de son compte individuel, qui évoluent progressivement à la hausse entre CHF 19'200.- (en 1994) et CHF 42'000.- (en 2014), étant relevé que l'horaire de travail usuel dans l'entreprise à plein temps est de 42 heures par semaine (cf. questionnaire pour l'employeur du 29 février 2016), force est de constater que la recourante, depuis son engagement, a toujours exercé une activité salariée à temps partiel jusqu'au 19 juillet 2015, date où est survenue une incapacité de travail – consécutive à une chute ayant entraîné une contusion lombaire, dorsale et thoracique – qui s'est achevée le 9 août 2015.

Il ressort des pièces médicales que la recourante souffre de lombalgies intermittentes depuis 2006 dans le contexte de troubles dégénératifs. Son médecin traitant a attesté une incapacité de travail de 50 % pour des raisons somatiques (cervicodorsalgies) à partir du 16 octobre 2015 seulement. Or, entre 2009 et 2014, alors que la recourante n'avait subi aucune incapacité de travail, médicalement attestée, et que ses enfants étaient suffisamment autonomes – leur âge oscillait respectivement entre 15/21 ans et 16/22 ans, soit des âges qui ne requéraient pas que leur mère leur consacre tout son temps, permettant ainsi à cette dernière d'augmenter son taux d'activité jusqu'à 100 % –, elle n'a pas travaillé au-delà du temps de travail partiel. Il paraît ainsi hautement vraisemblable qu'elle se contentait d'une activité à temps partiel.

En outre, la recourante n'a pas allégué ni établi que les revenus tirés de son activité exercée à temps partiel ne suffisaient pas pour couvrir ses besoins. Elle n'a pas non plus signalé que son ménage a été ou serait confronté à une situation financière difficile la contraignant à augmenter ses revenus.

Enfin, les motifs avancés par la recourante dans son recours pour fonder une hypothétique reprise d'activité à temps complet, sans atteinte à la santé, ne permettent pas de lui reconnaître un statut de personne active. Elle explique avoir augmenté son taux de travail à 100 % dès le 1^{er} octobre 2015 en raison du burnout dont son époux a souffert et de la mise en place du nouveau magasin, taux d'activité qu'elle aurait maintenu compte tenu du développement futur de la nouvelle arcade.

Certes, le contrat de travail de la recourante a été modifié le 25 septembre 2015 avec effet au 1^{er} octobre 2015, date à compter de laquelle son temps de travail contractuel a passé à 42 heures hebdomadaires, soit un plein-temps. Dans le questionnaire du 29 février 2016, l'employeur (c'est-à-dire l'époux) indique qu'elle

a effectivement travaillé à 100 % du 1^{er} au 15 octobre 2015, soit pendant deux semaines seulement, période durant laquelle elle ne subissait aucune incapacité de travail, médicalement attestée. Il est également vrai qu'AXA Winterthur, assurance-maladie collective de l'employeur, a, suite à l'entretien du 16 septembre 2016 qu'elle a eu avec l'époux, accepté d'augmenter le salaire annuel assuré de la recourante à CHF 78'000.- contre CHF 42'000.- auparavant (cf. les décomptes de prestations des 24 novembre 2015 et 30 octobre 2017). La décision d'AXA Winterthur ne lie cependant pas l'intimé, chargé d'appliquer la loi en matière d'assurance-invalidité.

Cela étant, lors de l'enquête économique pour activité professionnelle indépendante le 23 février 2018, qui a eu lieu après l'ouverture de la nouvelle arcade en août-septembre 2017, la recourante a déclaré avoir augmenté son temps de travail à plein temps dès le 1^{er} octobre 2015 en raison de l'incapacité de travail de son époux. Elle n'a évoqué ni la rénovation ni le développement futur de la nouvelle arcade comme motifs d'augmentation de son taux d'activité (contractuel); ceux-ci n'ont été invoqués qu'au stade du recours, de sorte qu'il convient de s'en tenir à ses premières déclarations à ce sujet (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a). Du reste, à l'occasion de l'entretien du 16 septembre 2016 avec AXA Winterthur, l'époux avait également affirmé que c'était en raison de son burnout que son épouse avait repris l'activité de gestion au magasin à plein temps pour lui permettre de se remettre de sa maladie. C'est dire qu'à défaut d'atteinte à la santé de l'époux, le couple n'aurait pas envisagé une modification du contrat de travail de la recourante le 25 septembre 2015, date à compter de laquelle celui-là a effectivement présenté une capacité de travail nulle jusqu'au 31 janvier 2016 suite à un état anxio-dépressif. Toutefois, la capacité de travail de l'époux a été de 70 % dès le 1^{er} février 2016, puis totale à partir du 1^{er} avril 2016 (cf. rapport du Dr H_____ du 24 octobre 2016), soit bien avant le moment déterminant du prononcé de la décision litigieuse le 4 juin 2018. En d'autres termes, à ce moment, le motif ayant conduit à l'augmentation du taux d'activité de la recourante avait disparu.

De toute manière, il est peu vraisemblable que la mise en place du nouveau magasin ait nécessité la collaboration continue de la recourante à 100 %. Les activités que cette dernière effectue au sein de l'entreprise de son mari sont d'ordre artistique et non administratif (cf. procès-verbal de comparution des parties du 11 février 2019). Elle n'exerce aucune fonction dirigeante (cf. rapport d'enquête économique du 2 mars 2018). Dans son recours, elle explique que, dans le cadre de la transition avec la nouvelle arcade, elle devait se charger de l'aménagement intérieur, de la décoration, du développement du nouveau concept avec notamment le choix du gérant pour le lounge café, de la création du logo, de la couverture médiatique et publicitaire ainsi que du déménagement de l'atelier à l'arcade. Or, ces activités, qui entrent dans le domaine de compétence artistique de la recourante, sont par essence temporaires, puisqu'elles précédaient l'ouverture de la nouvelle arcade. Si, on ne peut exclure qu'en vue de l'aménagement de cette arcade, la

recourante a pu collaborer au-delà de son horaire de travail habituel, en revanche, une fois que les nouveaux locaux ont été décorés, le gérant choisi, le logo créé, l'atelier déménagé et la publicité réalisée, l'arcade était prête à être exploitée et ces travaux-ci n'étaient plus nécessaires (hormis peut-être la publicité qui à elle seule ne requiert pas un plein-temps). Enfin, l'affirmation, selon laquelle l'augmentation du temps de travail de la recourante sur le long terme était justifiée par le fait que le développement de la nouvelle arcade allait générer, ce qu'espérait le couple, un accroissement du chiffre d'affaires, n'est pas convaincante, car spéculative. En effet, dans la mesure où cette dernière a toujours travaillé à temps partiel (excepté pendant une très brève période du 1^{er} au 16 octobre 2015) et souffre, sur le plan subjectif, de douleurs au dos qui remontent à une date antérieure aux années 2009-2015, période durant laquelle les époux ont eu l'idée de créer un nouveau concept (comprenant un lounge café) dans de nouveaux locaux, il est invraisemblable qu'ils aient envisagé durant ces années-ci que l'état de santé de la recourante lui aurait permis de travailler ultérieurement à plein temps dans l'éventualité d'une hausse de la clientèle. De surcroît, lors du prononcé de la décision litigieuse en juin 2018, il était encore trop tôt pour constater si le chiffre d'affaires était majoré – auquel cas la recourante aurait le cas échéant collaboré davantage –, puisque la nouvelle arcade n'était ouverte que depuis août-septembre 2017 ; la durée de ce commerce était donc inférieure à une année.

c. De ces éléments, on déduit que la recourante doit être considérée, selon le degré de vraisemblance prépondérante, comme une personne qui, sans atteinte à la santé, aurait exercé une activité lucrative à temps partiel au moment où la décision litigieuse a été rendue.

En ce qui concerne la pondération de la sphère professionnelle et des travaux ménagers, la recourante, sous la plume de son conseil, soutient, à titre subsidiaire, qu'elle devrait être de 60 %, respectivement de 40 %, sans en expliquer les motifs. Son raisonnement découle sans doute de la modification du contrat de travail du 22 décembre 2013, aux termes de laquelle dès le 1^{er} janvier 2014, son horaire hebdomadaire de travail est de 25 heures, ce qui représente un taux d'activité de 59,50 %, compte tenu d'un horaire de travail normal dans l'entreprise de 42 heures par semaine ($25 \times 100 / 42 = 59,52$). Cela étant, il ressort du questionnaire pour l'employeur du 29 février 2016 que la recourante a travaillé, avant son incapacité de travail survenue dès le 16 octobre 2015, 1'040 heures en 2013 et 1'144 en 2014, ce qui représente un taux d'activité de 47,6 %, respectivement de 52,3 % si l'on tient compte d'un horaire de travail normal dans l'entreprise de 2'184 heures par année (42 heures \times 52 semaines). Au demeurant, de l'aveu même de la recourante, dès le 10 août 2015, après s'être remise de l'accident du 19 juillet 2015, elle avait repris le travail à son taux habituel de 25 heures par semaine (cf. réplique du 13 septembre 2018), soit à 50 % (cf. procès-verbal de comparution des parties du 11 février 2019).

Partant, à l'instar de l'intimé, la chambre de céans retient que la part respective de l'activité professionnelle et des travaux ménagers est de 50 %.

14. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (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).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

15. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu

obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1).

16. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

17. Selon l'art. 27^{bis} RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Sous l'empire de l'art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en

pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

18. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

Selon l'art. 29^{ter} RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins. Si une nouvelle incapacité de travail survient après cette interruption, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir, sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/05 et I 420/05 du 24 août 2006 consid. 4.2 et les références).

19. En l'espèce, le délai d'attente d'une année pour l'ouverture du droit à la rente a commencé à courir le 19 juillet 2015, date de l'incapacité de travail totale de la recourante consécutive à l'accident survenu ce jour, mais a été interrompu dès le 10 août 2015, compte tenu de sa pleine capacité de travail à partir de cette date, attestée par son médecin traitant. Un nouveau délai a commencé à courir le 16 octobre 2015, date à compter de laquelle la recourante présente une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle. Par conséquent, le droit éventuel à la rente a pris naissance au plus tôt une année après cette dernière date, soit le 16 octobre 2016.

Dans la mesure où, de l'avis de son médecin traitant et de l'expert, la capacité de travail de la recourante est de 50 % dans sa profession (cf. consid. 10 ci-dessus), ce qui correspond au taux d'activité exercé avant l'atteinte à la santé (consid. 13c ci-dessus), elle ne subit pas d'incapacité de gain dans la sphère professionnelle

(cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_683/2008 du 25 février 2009 consid. 4.2.2), ce jusqu'au 31 décembre 2017.

En ce qui concerne le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, l'instruction menée par l'intimé est lacunaire, comme il l'a relevé dans sa réponse du 30 juillet 2018. Il convient donc de lui renvoyer la cause afin qu'il mette en œuvre une enquête économique sur le ménage, puis statue à nouveau sur le droit éventuel à une rente pour la période du 1^{er} octobre 2016 au 31 décembre 2017.

Enfin, pour la période dès le 1^{er} janvier 2018, l'intimé procédera au calcul du degré d'invalidité conformément à l'art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI modifié.

20. L'audition de M. B_____, offerte par la recourante lors de l'audience du 11 février 2019, est, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c), inutile, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite. En effet, le questionnaire pour l'employeur du 29 février 2016 et le procès-verbal d'entretien du 16 septembre 2016 font état de la position de l'époux par rapport au taux d'activité de la recourante.
21. Au vu de ce qui précède, le recours sera très partiellement admis. La décision du 4 juin 2018 sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants puis rende une nouvelle décision.
22. La recourante obtenant très partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 500.-.

Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet très partiellement.
3. Annule la décision du 4 juin 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 500.-, à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- 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

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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