

## GE\_GERICHTE A/4267/2017 vom 3. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4267\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4267_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4267/2017 du 3 mai 2018

IT: GE\_GERICHTE A/4267/2017 del 3 maggio 2018

### Erwägungen

#### E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VERNIER, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1962 et de nationalité suisse, séparé et père d'une fille née en 2002, est employé de banque. En dernière lieu, il a travaillé pour B\_\_\_\_\_ (Switzerland) SA au salaire de CHF 176'800.- par an. <sup>2.</sup> L'intéressé est atteint d'un myéloméningocèle L3-S2, opéré quand il était enfant, avec une paraparésie flasque des membres inférieurs, ainsi qu'un intestin et une vessie neurogènes. Il se déplace en chaise roulante. En raison de ces atteintes, il a bénéficié de l'aide de l'assurance-invalidité pour les moyens auxiliaires. <sup>3.</sup> Depuis le 12 janvier 2016, l'intéressé était en incapacité de travail totale. <sup>4.</sup> Le 16 février 2016, le docteur C\_\_\_\_\_, urologue FMH, a fait part à la doctoresse D\_\_\_\_\_ de ce qu'un spina-bifida avait nécessité une cystectomie et entérocystoplastie en 1990. Depuis cette date, le patient présentait de très nombreuses infections urinaires. Une sphincterotomie uréthrale endoscopique avait été pratiquée en 2004. Néanmoins, on notait toujours de nombreux épisodes d'infection urinaire basse ou haute. Ce médecin avait effectué le 28 mars 2014 une nouvelle incision cervico-prostatique et sphincterotomie endoscopique, sans améliorer la fréquence des infections. La vidange vésicale n'était pas toujours optimale et la fréquence des infections, parfois graves était préoccupante. Le Dr C\_\_\_\_\_ a ensuite formé des propositions pour améliorer la vidange vésicale. Enfin, il a précisé que les divers problèmes urologiques avaient entraîné un état dépressif et justifiaient l'octroi d'une rente d'invalidité. <sup>5.</sup> Dans son rapport du 24 mars 2016 à l'assureur perte de gain, la Dresse D\_\_\_\_\_ a notamment fait état, dans les troubles subjectifs, d'une baisse de l'état général liée aux infections successives. L'assuré ne pouvait pas du tout marcher et se trouvait dans un état d'épuisement. Il était ralenti. Le simple fait de s'habiller ou d'aller aux toilettes prenait un temps incompatible avec une vie professionnelle normale. Dans son activité professionnelle, le patient décrivait un stress intense et disait ne plus du tout être en mesure d'exécuter son travail dans le temps imparti. Depuis le 12 janvier 2016, il était en incapacité de travail totale en raison d'un état d'épuisement, de troubles du sommeil et de la concentration. Sa santé justifierait une réduction du temps de travail à 50 % depuis des années. Même pendant les phases d'infections graves, il avait continué à travailler avec peu d'arrêts. <sup>6.</sup> Le 16 juin 2016, la Dresse D\_\_\_\_\_ a informé l'assureur perte de gain de l'employeur que l'état de santé du patient ne s'améliorait pas. De surcroit, il avait à sa charge complète sa fille, ce qu'il avait beaucoup de peine à assumer sur le plan moteur. Son épouse qui l'avait aidé beaucoup sur le plan logistique, avait quitté le domicile familial. L'état dépressif s'accroissait. <sup>7.</sup> Fin juin 2016, l'intéressé a requis des prestations de l'assurance-invalidité. <sup>8.</sup> Dans son rapport du 12

juillet 2016, la Dresse D\_\_\_\_\_ a émis les diagnostics de myéloméningocèle L3-S2 de naissance avec paraparésie flasque des membres inférieurs ayant nécessité quarante interventions, de sepsis urinaires à répétition et d'état dépressif moyen. Elle suivait l'assuré depuis 1995. Le patient était gravement handicapé de naissance et en permanence en fauteuil roulant avec un appareillage bloquant les membres inférieurs pour les transferts. Il souffrait aussi de fréquentes escarres, de troubles du sommeil, de la mémoire et de la concentration, et présentait des germes multi-résistants. Il était épuisé à travailler à 100 %, alors qu'il aurait fallu réduire le temps de travail depuis des années, vu le temps nécessaire aux soins hygiéniques, l'habillement et les déplacements. Dans les phases d'épuisement, il enchaînait des surinfections sévères urinaires et parfois pulmonaires (hospitalisation en 2014 pour pneumonie). L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 12 janvier 2016. Dans les restrictions physiques, ce médecin a mentionné un besoin d'aide pour le ménage et la gestion de la vie quotidienne. L'assuré vivait seul avec sa fille de douze ans. Il se plaignait de perte d'efficacité, ralentissement, d'erreurs, d'inquiétude et de découragement. Il ne pouvait actuellement faire face à aucune activité professionnelle. Concernant la reprise de l'activité professionnelle, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué que le travail à 100 % n'était pas souhaitable au vu des graves sepsis à répétition et qu'il était trop tôt pour juger d'un éventuel temps partiel. !

9. Dans le rapport d'évaluation de l'intégration professionnelle de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) du 24 août 2016, il est relevé que le travail de l'assuré était très stressant et qu'il n'avait pas toujours la possibilité d'effectuer ses soins d'hygiène (notamment la vidange de sa poche urinaire) aussi souvent qu'exigé, ce qui avait fréquemment entraîné des infections urinaires. L'antibiothérapie à répétition avait eu pour conséquence une résistance des germes responsables d'infections de plus en plus grandes. Même lors de nouveaux traitements antibiotiques, l'assuré avait travaillé à 100 %, voire même à 120 ou à 150%. Selon l'assuré, s'il demandait à réduire son taux d'activité, il y avait un très grand risque de licenciement. Sans tenir compte des infections à répétition, il se sentirait parfaitement capable de travailler, même à 100 %. Quant à la situation sociale, il est notamment relevé dans ce rapport qu'une procédure de divorce est en cours et que l'assuré doit gérer le quotidien de sa fille, ainsi que le sien. !

10. Dans son rapport du 11 novembre 2016, le docteur E\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH de l'assuré, a attesté qu'il n'y avait pas de diagnostic incapacitant sur le plan psychique. Le pronostic était favorable. !

11. Dans son avis médical du 7 décembre 2016, la doctoresse F\_\_\_\_\_ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a fait état d'un entretien téléphonique avec le Dr E\_\_\_\_\_. Selon celui-ci, l'atteinte psychiatrique n'était plus incapacitante à l'heure actuelle. Néanmoins, le médecin du SMR a considéré que l'assuré ne pouvait plus travailler à 100 %, dès lors qu'il nécessitait six sondages par jour en moyenne (au moins quatre dans son milieu de travail, ces sondages devant être faits dans des conditions les plus aseptiques possibles). De plus, les activités de la vie quotidienne (transferts, toilette, habillement) étaient particulièrement difficiles et chronophages. Cela étant, le médecin du SMR a considéré que la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle. !

12. Lors de l'entretien téléphonique du 27 janvier 2017, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait été licencié avec effet au 31 décembre 2016. La fin du droit au salaire était fixée au 31 mai 2017. Après avoir été informé que le SMR considérait qu'il bénéficiait d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans toute activité, l'assuré a indiqué qu'il n'était plus capable de gérer le stress d'un environnement de travail, quel qu'il soit, surtout à cause des contraintes en termes d'investissement horaire. !

13.

Le 13 février 2017, l'OAI a fait part à l'assuré qu'il avait l'intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017. 14. Par courrier du 23 mars 2017, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Il a précisé avoir travaillé à la B\_\_\_\_\_ (Switzerland) SA en tant que responsable du suivi des lignes de crédit. Depuis l'aggravation de son état depuis janvier 2016, il n'était plus capable du tout de travailler, en raison des infections urinaires à répétition avec des germes résistants aux antibiotiques. Les traitements n'étant plus efficaces, toute infection conduisant à une septicémie pouvait s'avérer fatale. Il s'est par ailleurs étonné que le SMR eût omis de mentionner dans son rapport précité les infections urinaires régulières. Il a enfin requis des mesures d'ordre professionnel, ne pouvant plus exercer son activité habituelle, même à 50 %. 15. A l'appui de ses dires, l'assuré a notamment joint la réponse du 28 février 2017 de la Dresse D\_\_\_\_\_ à son mandataire, dans laquelle celle-ci a déclaré qu'il était certain que l'assuré pouvait faire un certain travail intellectuel sur un temps quotidien restreint. L'expérience avait cependant montré qu'il présentait des épisodes infectieux répétés quand il travaillait. 16. Dans son avis médical du 11 avril 2017, la Dresse F\_\_\_\_\_ du SMR a reconnu que l'assuré souffrait d'infections urinaires symptomatiques récidivantes. L'auto-sondage impliquait la nécessité de disposer de toilettes pour personnes handicapées à proximité et la durée du geste était d'environ 15-20 minutes. Au vu de l'avis médical de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 28 février 2017, il était confirmé que, d'un point de vue médico-théorique, l'assuré était en mesure d'exercer une activité à temps partiel dans une activité adaptée. 17. Par décision du 8 septembre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision et a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité et une rente pour enfant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, en considérant qu'il pourrait travailler à 50 % et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, n'étant pas de nature à améliorer sa capacité de gain. 18. Par acte du 24 octobre 2017, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Il a fait grief au SMR de s'être écarté sans droit des rapports de ses médecins traitants, à savoir des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, selon lesquels il présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Le médecin du SMR ne l'avait pas examiné et avait émis des nouvelles conclusions par rapport aux médecins traitants. Il a également reproché à l'intimé d'avoir omis de le soumettre à une expertise médicale et d'avoir fondé son appréciation sur les seuls avis du SMR qui n'avaient pas valeur probante. Il n'y avait ainsi pas de motif valable d'admettre une capacité de travail de 50 %. 19. Dans sa réponse du 21 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, estimant que le SMR avait tenu compte de l'ensemble des documents médicaux au dossier pour fonder son appréciation et que les différents rapports médicaux avaient été dûment discutés. Au demeurant, les avis médicaux du SMR ne posaient pas de nouvelles conclusions médicales, mais portaient une appréciation sur celles déjà existantes. Ces avis ne devaient donc pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. Leur but était de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de l'assuré, ce qui impliquait aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire sur quelles pièces il fallait se fonder et s'il y avait lieu de procéder à une instruction complémentaire. 20. Dans sa réplique du 7 décembre 2013, le recourant a persisté dans ses conclusions, en reprenant pour l'essentiel son argumentation antérieure. Il a répété que c'était les infections répétitives résultant du stress dû à l'activité professionnelle, même à 50 %, qui mettaient sa vie en danger. Or, sa capacité à surmonter les infections était

diminuée en raison du nombre d'années d'infections et de la résistance aux antibiotiques. L'activité professionnelle créait un stress qui favorisait les infections. 21.  
Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).  
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). 4. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité entière. 5. 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<sup>er</sup> janvier 2008).  
6. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 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 (art. 28 al. 2 LAI).  
8. 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). 9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).  
10. b. 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). c. Un avis du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 7. 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). Il n'existe 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). 8. En l'occurrence, le recourant se fonde sur les avis de ses médecins traitants pour considérer que sa capacité de travail est nulle dans n'importe quelle activité. Toutefois, le Dr E\_\_\_\_\_ fait part à l'OAI le 17 septembre 2017 que l'état dépressif du recourant s'est amendé, si bien qu'il n'y a plus aucun motif d'attribution d'une rente sur le plan psychique. En ce qui concerne la Dresse D\_\_\_\_\_, elle indique certes dans son rapport du 12 juillet 2016 que la capacité de travail du recourant est nulle depuis le 12 janvier 2016. Toutefois, auparavant, elle mentionne dans son rapport du 24 mars 2016 que la santé du recourant justifierait une réduction du temps de travail à 50 % depuis des années. Par la suite, elle déclare au mandataire du recourant que celui-ci est capable de faire un certain travail intellectuel sur un temps quotidien restreint, tout en précisant que l'expérience a montré qu'il présentait des épisodes infectieux répétés quand il travaillait. Quant au Dr C\_\_\_\_\_, il mentionne uniquement, dans son rapport du 16 février 2016, que les divers problèmes urologiques entraînant un état dépressif justifieraient une rente d'invalidité, sans donner une indication quant au taux de l'incapacité de travail. De surcroît, le recourant était encore atteint, à l'époque du rapport du Dr C\_\_\_\_\_, d'un état dépressif engendrant une incapacité de travail totale. Enfin, lors de son entretien en date du 24 août 2016 avec l'OAI en vue de son intégration professionnelle, le recourant déclare

lui-même que, sans tenir compte des infections à répétition, il se sentirait parfaitement capable de travailler, même à 100 %. Dans son recours, le recourant se prévaut essentiellement de ce qu'il est sujet à des infections à répétition lorsqu'il travaille, raison pour laquelle son incapacité de travail est nulle dans n'importe quel emploi. Toutefois, le recourant exerçait auparavant un métier très stressant à 100%, nécessitant de surcroît de nombreuses heures supplémentaires, ce qui l'a empêché d'effectuer des soins d'hygiène nécessaires, soit la vidange de sa poche urinaire. Le recourant n'a jamais exercé une activité professionnelle à temps partiel, si bien qu'il ne peut être considéré comme établi qu'il souffrirait également d'infections urinaires à répétition, s'il avait plus de temps à consacrer à la vidange de la poche urinaire. Par ailleurs, la Dresse D\_\_\_\_\_ précise dans son rapport du 12 juillet 2016 qu'il enchaînait des surinfections sévères urinaires dans les phases d'épuisement. Ainsi, il peut être supposé qu'il n'y a plus de risque de ce genre dans un emploi à 50% qui laisse au recourant suffisamment de temps pour les soins hygiéniques et son repos. Cela étant, en se fondant précisément sur les rapports médicaux des médecins traitants et les déclarations du recourant à l'OAI, l'appréciation du SMR, selon laquelle la capacité de travail est de 50 % dans l'activité habituelle, paraît convaincante. Le recourant n'a pas non plus produit un avis médical mettant en doute cette appréciation et les rapports de ses médecins traitants ne sont pas contradictoires, si bien qu'il n'y a pas lieu de procéder à une instruction complémentaire. 9. Il sied dès lors d'établir la perte de gain du recourant dans une activité à 50% dans le secteur bancaire, étant précisé qu'il a perdu son emploi. a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174 ). c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). d. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse des salaires (ESS; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans

des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

e. Les salaires ressortant des statistiques doivent cependant être réduits en prenant en considération l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

10. En l'espèce, dès lors que le recourant a perdu son travail et qu'il n'a pas repris une activité professionnelle, il y a lieu de se fonder sur les salaires statistiques pour établir son revenu d'invalide. Le salaire de référence est en l'espèce celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (niveau de compétence 4) dans les services financiers et activités auxiliaires de services financiers et d'assurance, secteur privé, à savoir CHF 132'648.- (ESS 2012, TA1\_skill\_level, p. 34. ligne 64, 66). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure dans les entreprises des services financiers en 2016 (41,6 heures), se montant doit être porté à CHF 137'954.-. Il y a par ailleurs lieu d'adapter ce salaire à l'évolution des salaires entre 2012 et 2015 (les données pour 2016 n'étant pas encore disponibles), de sorte que ce chiffre doit être porté à CHF 140'349.90. Au taux de 50 %, le salaire d'invalide s'élève donc à CHF 70'174.95. Au vu du taux d'activité partiel et les contraintes pour la vidange de la vessie, dont la durée du geste est d'environ de 15 à 20 minutes (avis médical du 11 avril 2017 du SMR), et la nécessité d'effectuer ce geste deux fois dans le milieu de travail dans une activité à mi-temps (au moins quatre fois à 100 %, selon l'avis médical du 7 décembre 2016 du SMR), il se justifie de procéder à une diminution du salaire statistique de 20 %. Ainsi, le salaire d'invalide doit être déterminé à CHF 56'140.-. Comparé au salaire sans invalidité de CHF 176'800.-, selon le questionnaire pour l'employeur que celui-ci a signé le 1<sup>er</sup> septembre 2016, la perte de gain s'établit à 68,24 %. Ce taux d'invalidité ouvre le droit à une rente d'invalidité de trois-quarts.

11. Le recourant réclame également des mesures d'ordre professionnel. Cependant, dès lors qu'il préserve une capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle, ces mesures n'ont pas lieu d'être.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis

et la décision querellée réformée dans le sens que le recourant a droit à un trois-quarts de rente et à une rente complémentaire de trois-quarts pour enfant dès le 1 er janvier 2017.![endif]>![if> 13. Dans la mesure où le recourant obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est octroyée à titre de dépens. ![endif]>![if> 14. L'émolument de justice, fixé à CHF 200.-, est mis à la charge de l'intimé.![endif]>![if> \*\*\*  
**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

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