

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1753/2002

ATAS/673/2004

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

2^{ème} chambre

du mardi 31 août 2004

En la cause

Monsieur R_____

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de
Lyon 97 à Genève

intimé

Siégeant : Madame Isabelle DUBOIS, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Maya CRAMER, juges

EN FAIT

1. Monsieur R _____, ressortissant français né en 1942, a résidé en France jusqu'au 11 septembre 1969, date de son arrivée en Suisse. Il est le père d'une enfant née en 1964. Le 23 août 2001, il a épousé en secondes noces Madame F _____. Il a exercé la profession de publiciste jusqu'en octobre 2000.
2. Le 18 octobre 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, motivée par des problèmes de diabète et d'amputation d'orteils du pied droit.
3. En procédure d'audition du 18 juillet 2002, l'assuré a fait état d'une aggravation de son état de santé liée notamment à des problèmes d'atteinte au niveau des yeux.
4. Par décision du 8 octobre 2002, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 50% ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité d'un montant de 492 fr. par mois à partir du 1^{er} novembre 2002. L'OCAI indiquait que la répartition du rétroactif pour la période du 1^{er} janvier au 31 octobre 2002 ferait l'objet d'une décision séparée. Par ailleurs, le calcul de sa rente se basait sur un revenu annuel moyen déterminant de 27'192 fr calculé sur 28 années et 11 mois, en considérant la prise en compte de 5,5 années de bonifications éducatives complètes, une durée de cotisation selon sa classe d'âge de 39 années, une durée de cotisation déterminante de 28 années et 11 mois, une durée de cotisation manquante de 10 années et 1 mois, et une échelle de rente applicable de 32.
5. L'assuré a formé recours contre cette décision par acte du 11 octobre 2002. Il a exposé avoir été auditionné le 18 juillet 2002 par un employé de l'OCAI auquel il avait expliqué souffrir de diabète insulino-dépendant depuis 11 années, être en traitement pour des problèmes d'hypertension, avoir subi en janvier 2001 une amputation des orteils et du tiers du pied droit, suivre un traitement aux lasers pour les yeux et souffrir d'une cataracte en formation. Il a allégué que l'OCAI avait évalué son état de santé en se basant sur un rapport du médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi de septembre 2001 qui ne mentionnait pas ses affections aux yeux. En conséquence, il demandait à subir un nouvel examen médical.
6. Par courrier du 14 octobre 2002, le recourant a contesté la durée de cotisation retenue par l'OCAI pour le calcul de sa rente. Il a allégué qu'il fallait tenir compte de sa période de cotisation française avant son arrivée en Suisse, soit d'octobre 1956 au 11 septembre 1969. L'assuré alléguait avoir ainsi cotisé durant 44 années entières et s'étonnait que l'OCAI n'ait retenu qu'une durée de cotisations de 28 années et 11 mois. Par ailleurs, il se plaignait de ce que le montant de sa rente était peu élevé.

7. En date du 1^{er} novembre 2002, l'OCAI a notifié au recourant une décision relative à la période rétroactive du 1^{er} janvier au 31 octobre 2002, basée sur les mêmes données de calcul que la décision litigieuse.
8. Suite à une rectification du compte individuel du recourant, l'OCAI a procédé à un nouveau calcul de rente et rendu une nouvelle décision en date du 11 décembre 2002 avec effet à partir du 1^{er} décembre 2002. Cette décision concernait également le paiement rétroactif des rentes pour la période du 1^{er} janvier au 31 octobre 2002. La rectification du compte individuel avait engendré une augmentation du revenu annuel moyen, et donc du montant de la rente, qui s'élevait dorénavant à 501 fr. par mois.
9. Dans son préavis du 6 janvier 2003, l'OCAI a proposé le rejet du recours. Il a exposé que divers avis médicaux (rapports médicaux du Dr A _____ du 17 octobre 2001, du Dr B _____ du 8 avril 2002, des Drs C _____ et D _____ du 12 mars 2002, du Dr E _____ du 11 juillet 2002, et du médecin conseil de l'OCAI des 24 juin et 9 septembre 2002) établissaient clairement que l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 50%. Quant aux affections ophtalmologiques de l'assuré, elles ne l'empêchaient pas de travailler. Selon l'OCAI, un nouvel examen médical n'était pas justifié dans la mesure où toutes les atteintes de l'assuré ainsi que sa capacité de travail résiduelle étaient clairement établies. Pour ce qui concernait les questions liées au calcul du montant de sa rente, l'OCAI estimait qu'ils relevaient de la compétence de la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après la caisse) et renvoyait à celle-ci.
10. Le 24 février 2003, l'OCAI a répondu à la transmission par le recourant, le 10 février 2003, d'un rapport de consultation du 27 janvier 2003 des Drs G _____ et H _____ de la clinique et policlinique d'ophtalmologie des HUG. L'OCAI, se référant à l'avis de son médecin-conseil, a estimé que le recourant n'apportait aucun élément nouveau susceptible de modifier son appréciation du cas, la vision de l'assuré était restée la même depuis au moins un an. Par ailleurs, l'OCAI a considéré que même si une aggravation de son état de santé n'était pas à exclure à l'avenir, elle restait incertaine et n'avait donc pas à être prise en compte.
11. Par deux décisions des 18 février et 4 mars 2003, l'OCAI a octroyé une rente complémentaire avec effet à compter du 1^{er} juin 2002 à l'épouse du recourant, arrivée en Suisse le 2 juin 2002.
12. Le 10 juillet 2003, la Caisse suisse de compensation a adressé à la Caisse cantonale genevoise de compensation l'attestation concernant la carrière d'assurance française du recourant.

13. Le 2 septembre 2003, l'OCAI a rendu une nouvelle décision avec effet au 1^{er} août 2003, tenant compte de la carrière française du recourant. Elle a été calculée sur la base de 31 années et 11 mois de cotisations suisses et 7 années et 1 mois de cotisations françaises correspondant à une échelle de rente de 44, sur un revenu annuel moyen de 26'586 fr. et sur 5,5 années de bonifications pour tâches éducatives. Une décision relative à la période rétroactive du 1^{er} janvier 2002 au 31 juillet 2003 a été rendue le 27 octobre 2003 sur les mêmes bases. Les décisions des 2 septembre et 27 octobre 2003, en ce qu'elles modifiaient le calcul de la rente, remplaçaient et annulaient la décision litigieuse du 8 octobre 2002.
14. En date du 1^{er} août 2003, la cause a été transmise au Tribunal de céans, vu la modification de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire.
15. Par pli du 16 juin 2004, le Tribunal de céans a informé l'OCAI de ce que les contestations du recourant concernant sa durée de cotisation devaient être traitées par lui, et lui a fixé un délai pour ce faire.
16. L'OCAI a exposé en date du 6 juillet 2004 que le recourant avait commencé à cotiser à l'AVS au mois de septembre 1969, soit au moment de son arrivée en Suisse. Dans le premier calcul, soit dans la décision du 8 octobre 2002, il avait été tenu compte des cotisations payées à compter du mois de septembre 1969 jusqu'au 31 décembre précédant la survenance de son invalidité, soit le 31 décembre 2001, à l'exclusion des cotisations des mois d'août 1996 à décembre 1999 dont l'assuré ne s'était pas acquittées. Le calcul était ainsi fondé dans un premier temps sur une durée de cotisations de 28 ans et 11 mois. Par la suite, l'OCAI avait reçu les périodes de cotisations françaises et avait rendu une nouvelle décision tenant compte des 31 années et 11 mois de cotisations suisses et des 7 ans et 1 mois de cotisations étrangères, dans la mesure où il existait une convention de sécurité sociale avec la France à ce sujet. Le 2 septembre 2003, l'OCAI avait ainsi octroyé une demi-rente au recourant basée sur 39 années de cotisations correspondant à une échelle de rente 44, sur un revenu annuel moyen de 26'586 fr. et sur 5,5 années de bonifications pour tâches éducatives. L'OCAI précisait que ses décisions étaient ainsi parfaitement correctes. Par ailleurs, il expliquait que le montant relativement bas de la demi-rente était dû au fait que son revenu annuel moyen déterminant était relativement peu élevé.
17. Le 2 juillet 2004, le recourant a transmis au Tribunal de céans un rapport médical du Dr J _____ du 30 juin 2004, faisant état d'une insuffisance rénale chronique sévère. L'intéressé a indiqué également qu'il était en traitement auprès de la Dresse K _____ pour des problèmes de diabète et d'hypertension et suivi régulièrement par la clinique d'ophtalmologie des HUG.

18. Le 12 juillet 2004, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger et indiqué au recourant que l'aggravation de l'état de santé dont il faisait état devait faire l'objet d'une nouvelle demande d'assurance-invalidité.
19. Figurent notamment au dossier les documents suivants :
- Un préavis médical du 17 octobre 2001 du Dr A _____, médecin conseil à l'office cantonal de l'emploi (ci-après OCE), qui indique que la capacité de travail de l'assuré est de 50% à partir du 29 octobre 2001 pour des activités qui ne demandent pas de longs ou de fréquents déplacements à pied. Le médecin a considéré que l'assuré avait une capacité résiduelle de travail de 50% à partir du 29 octobre 2001 dans sa profession de publiciste. Le médecin rajoutait que si le métier de publiciste s'avérait incompatible avec ces restrictions médicales, il faudrait envisager des « mesures définitives » par le biais de l'assurance-invalidité, consistant soit en une reconversion, soit en une rente.
 - Un rapport médical du 12 mars 2002 des Drs C _____ et D _____ de la polyclinique de médecine des HUG qui posent les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants : diabète de type II insulino-dépendant avec micro et macroangiopathie évoluant depuis 10 ans ; status post amputation transmétarsienne du pied droit avec conservation du 1^e rayon en février 2001. Au chapitre des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ces médecins posent le diagnostic d'une hypertension artérielle stade II existant depuis 10 ans environ. Les médecins estiment que son état de santé s'aggrave et que sa capacité de travail n'est pas supérieure à 50%.
 - Un rapport du 8 avril 2002 du Dr B _____, chirurgien orthopédiste FMH, qui pose le diagnostic de diabète et indique que l'assuré présente une capacité de travail de « 50% depuis le 29 octobre 2001 définitif ». Il précise que l'assuré est soigné depuis 2 ans pour une insuffisance artérielle de type diabétique ayant amené à une amputation des 1-2-3-4 et 5^{ème} orteils ; l'intéressé se plaint d'une instabilité à la marche, d'une station debout prolongée douloureuse et d'un manque d'équilibre. Au chapitre des constatations objectives, le médecin note que la cicatrice des amputations trans-métatarsienne des petits orteils est parfaite et que le gros orteil est tout à fait en bon état. Le médecin expose qu'il n'y a pas eu d'examen médical spécialisé. Au sujet du pronostic, le médecin explique que le patient peut marcher avec une orthèse de soutien, mais se trouve être vite fatigué en raison des déséquilibres à son pied. Dès lors, selon lui, il ne faut pas envisager une activité dépassant 50%.
 - Un rapport du 22 mai 2002 d'un médecin traitant de la clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur des HUG qui confirme le diagnostic d'insuffisance artérielle et diabète et une incapacité de travail de l'ordre de 50% à partir du 29 octobre 2001. Il émet quelques réserves sur cette capacité de travail en indiquant

qu'il est fort peu probable qu'il puisse se déplacer régulièrement. Le médecin propose l'octroi d'une rente complète pour insuffisance artérielle grave et diabète.

- Un rapport médical du 11 juillet 2002 du Dr E_____ de la section ophtalmologique des HUG qui pose le diagnostic de rétinopathie diabétique OD > 0,6 avec maculopathie (légère depuis 1992). Il précise que le service d'ophtalmologie n'a pas délivré de certificat d'incapacité de travail. Le médecin expose que le patient suit un traitement au laser entraînant une vision fluctuante. Il indique que son état de santé s'aggrave, mais que sa capacité de travail peut être améliorée par les mesures médicales.
- Une note du 9 septembre 2002 du Dr L_____, médecin-conseil de l'OCAI, qui indique qu'avec une vision de 0,6 – 0,8 posée par les ophtalmologues, l'assuré peut travailler. Il rappelle que le Dr B_____, estime le 8 avril 2002 que l'incapacité de travail est de 50% dès le mois d'octobre 2001 et en conclut qu'il n'y a pas d'éléments médicaux nouveaux. Il relève que dans tous les rapports médicaux, hormis la pathologie liée au diabète, l'assuré est considéré comme étant en bon état général.
- Un rapport du 4 février 2003 des Dr A. G_____ et E. H_____, médecins à la clinique et policlinique d'ophtalmologie des HUG, qui diagnostiquent chez l'assuré une baisse de la vision liée à la présence d'une cataracte et d'une maculopathie bilatérale, nécessitant un suivi ophtalmologique régulier.
- Une attestation du 30 juin 2004 du Dr M. J_____, chef de clinique à la division de néphrologie des HUG, qui indique que le recourant est suivi en consultation ambulatoire de néphrologie en raison d'une affection médicale sévère. Celui-ci présente une insuffisance rénale chronique sévère de stade IV, pour laquelle un traitement de suppléance rénale (hémodialyse, dialyse péritonéale ou greffe) devra être envisagé à moyen terme. Le médecin explique que cette maladie se manifeste par un état de fatigue intense causé par l'accumulation de toxines urémiques principalement. Le patient présente aussi une anémie d'origine rénale, pour laquelle un traitement de substitution (érythropoïétine) a été introduit. Le médecin estime que, compte tenu des autres pathologies du patient, une nouvelle appréciation du calcul de sa rente d'invalidité est absolument nécessaire, une activité professionnelle à 50% ne semblant pas envisageable actuellement.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le TCAS),

composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au TCAS de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1^{er} juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

Egalement saisi de la question de l'inconstitutionnalité du TCAS, il a déclaré que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, soit en l'occurrence l'art. 57 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

2. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour connaître du présent litige.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après LAI), du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après RAI), de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (ci-après LAVS) et du règlement sur l'assurance-vieillesse du 31 octobre 1947 (ci-après RAVS).
4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu des art. 69 LAI et 84 LAVS.
5. Le litige porte sur la contestation du taux d'invalidité et la durée de cotisation du recourant.

6. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1^{er} LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins.

La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3% au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50% au moins et d'un quart pour une invalidité de 40% au moins.

Selon l'alinéa 2 du même article, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p.154).

7. Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté que le recourant souffre de diabète, de problèmes cardiaques et ophtalmologiques. S'agissant de sa capacité de travail résiduelle, les différents médecins consultés s'accordent à lui reconnaître une capacité résiduelle de travail de 50% dans son ancienne activité de publiciste pour la période considérée, c'est-à-dire jusqu'en septembre 2002. Le Dr A _____ est ainsi arrivé à cette conclusion dans son préavis médical du 17 octobre 2001 à l'attention de l'OCE, en précisant que cette incapacité était définitive dès cette date. Le Dr B _____ partage la même conclusion dans son rapport du 8 avril 2002, dans lequel il a essentiellement pris en compte les problèmes de diabète et d'insuffisance artérielle liée, ainsi que l'amputation des orteils du pied droit qui en a résulté.

Cette estimation d'une capacité résiduelle de travail de 50% est confirmée par le rapport du 22 mai 2002 d'un médecin de la clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur des HUG qui nuance toutefois son propos en affirmant que l'intéressé aura de la peine à se déplacer régulièrement. Les Drs C _____ et D _____ évaluent également son incapacité de travail à 50%, sur la base d'un diagnostic de diabète de type II insulino-dépendant avec micro et macroangiopathie évoluant depuis 10 ans, et d'un status post amputation transmétarsienne du pied droit avec conservation du 1^e rayon en février 2001. Selon ces médecins, l'état de santé du recourant va toutefois en s'aggravant.

Concernant ses problèmes ophtalmologiques, le Dr E _____ a posé le 11 juillet 2002 le diagnostic de rétinopathie diabétique OD > 0,6 avec maculopathie légère depuis 1992. A noter que ce médecin ne s'est pas prononcé sur l'incidence de cette affection sur la capacité de travail de l'intéressé. Il a toutefois indiqué que sa capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. A cet égard, il y a lieu de penser que le traitement au laser, bien qu'entraînant passagèrement une vision fluctuante, constitue une mesure adéquate, de sorte que son incapacité de travail ne s'en trouve pas davantage diminuée et peut toujours être évaluée à 50%. Le médecin conseil de l'OCAI a par ailleurs indiqué le 9 septembre 2002 qu'une vision de 0,6 – 0.8 à l'œil droit n'empêchait pas le recourant de travailler.

Au vu de ce qui précède et des avis concordants des médecins consultés, il y a lieu de confirmer le taux d'incapacité de travail de 50% retenu par l'intimé. S'agissant de l'aggravation de l'état de santé du patient, diagnostiquée par les Drs C _____ et D _____, et le Dr E _____, respectivement dans leurs rapports des 12 mars et 11 juillet 2002, force est de constater qu'ils ne remettent pas en cause l'estimation de la capacité de travail de l'assuré telle que déterminée par l'intimé au moment de la notification de la décision litigieuse du 8 octobre 2002. En effet, le juge ne doit, en principe, tenir compte que des faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Le même raisonnement s'applique, *mutatis mutandis*, aux rapports médicaux des Dr G _____ et H _____ du 4 février 2003, et du Dr J _____ du 30 juin 2004, postérieurs à la notification de la décision litigieuse.

8. Cela étant, il convient d'examiner dans quelle mesure le recourant subit une diminution de sa capacité de gain en exerçant une activité adaptée à l'atteinte à sa santé.

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

règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Sont déterminants, lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, les gains déterminants au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente, sous réserve de modifications significatives des données hypothétiques survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 128 V 174; ATFA non publiés du 18 octobre 2002 en la cause I 761/01, ATFA non publié du 22 août 2002 en la cause I 440/01).

Sur la base des investigations médicales entreprises, la capacité résiduelle de travail du recourant est de 50% dans sa profession de publiciste. S'agissant de la même profession, la baisse de revenu, et en conséquence le taux d'invalidité, équivaut également à 50%.

Il y a donc lieu de confirmer dans le cas particulier le taux d'invalidité de 50% établi par l'intimé.

9. S'agissant de la contestation portant sur le calcul de la rente ordinaire, les dispositions de la LAVS sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires d'invalidité (cf. art. 36 alinéa 2 LAI).

Conformément à l'art. 29bis alinéa 1 LAVS, le montant de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative, ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré.

- (a) Il convient en premier lieu d'établir la durée de cotisations. L'art. 29ter LAVS précise qu'elle est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge. Sont considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (lit. a) ou pendant lesquelles son conjoint, au sens de l'art. 3 alinéa 3 LAVS, a versé au moins le double de la cotisation minimale (lit. b) ou pour lesquelles des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance peuvent être prises en compte (lit.c).

L'assuré peut en outre prétendre à une bonification pour tâches éducatives pour les années durant lesquelles il a exercé l'autorité parentale sur un ou plusieurs enfants âgés de moins de 16 ans. Les personnes vivant en couple marié ne peuvent prétendre à deux bonifications cumulativement (art. 29 sexies alinéa 1 LAVS).

L'art. 52 b du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après aRAVS ; RS. 831.101) prévoit que lorsque la durée de cotisations est incomplète au sens de l'art. 29ter LAVS, les périodes de cotisations accomplies avant le 1^{er} janvier suivant l'accomplissement des 20 ans révolus seront prises en compte à titre subsidiaire aux fins de combler les lacunes de cotisations apparues depuis cette date.

Selon l'art. 52 c RAVS, les périodes de cotisations entre le 31 décembre précédant la réalisation du cas d'assurance et la naissance du droit à la rente peuvent être prises en compte pour combler les lacunes de cotisations. Les revenus provenant d'une activité lucrative réalisés durant cette période ne sont toutefois pas pris en considération pour le calcul de la rente.

A rigueur de l'art. 52 RAVS, on ajoute, pour compenser les années de cotisations manquantes avant le 1^{er} janvier 1979, et si l'intéressé était assuré en application des articles premier ou 2 LAVS ou pouvait le devenir, des années de cotisations selon le barème suivant : de 20 à 26 années entières de cotisations de l'assuré, 1 année entière de cotisations prise en compte en sus ; de 27 à 33 années entières de cotisations de l'assuré, 2 années entières de cotisations prises en compte en sus ; dès 34 années entières de cotisations, 3 années entières de cotisations prises en compte en sus.

L'art. 29 quater LAVS prévoit que la rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen qui se compose des revenus de l'activité lucrative (litt. a), des bonifications pour tâches éducatives (litt. b), et des bonifications pour tâches d'assistance (litt. c).

En application de l'art. 4 de la Convention de sécurité sociale du 3 juillet 1975 entre la Confédération suisse et la République française (RS 0.831.109.349.1 ; ci-après la Convention), entrée en vigueur le 1^{er} novembre 1976, en vertu de l'admission à l'assurance obligatoire, volontaire ou facultative continuée, conformément à la législation de l'Etat contractant sur le territoire duquel l'intéressé réside, les périodes d'assurance accomplies en vertu de la législation de l'autre Etat sont prises en compte, dans la mesure où cela est nécessaire, comme périodes d'assurance accomplies en vertu de la législation du premier Etat.

En l'espèce, l'assuré était astreint à payer des cotisations dès le 1^{er} janvier 1963, soit dès le 1^{er} janvier qui suit l'année où il était âgé de 20 ans révolus, jusqu'au 31 décembre précédant la réalisation du risque assuré, soit le 31 décembre 2001. Or, il a résidé en France jusqu'au 10 septembre 1969. Ses années de cotisations françaises sont toutefois prises en compte dans le calcul de ses années de cotisations suisses en application de l'art. 4 de la Convention. Dès lors, le calcul comprend ses 31 années et 11 mois de cotisations suisses et

ses 7 années et 1 mois de cotisations étrangères, soit 39 années de cotisations au total. A celles-ci, il faut ajouter 5,5 années de bonifications pour tâches éducatives de son enfant C. R_____, née le 25 janvier 1964, en application de l'art. 29 quater litt. b LAVS. Force est dès lors de constater que le recourant peut prétendre à une rente de l'échelle 44.

- (b) L'art. 29 quater LAVS prévoit que la rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen qui se compose des revenus de l'activité lucrative (litt. a), des bonifications pour tâches éducatives (litt. b), et des bonifications pour tâches d'assistance (litt. c).

Dans le cas particulier, le total des revenus réalisés durant cette période est de 477'991 fr. Revalorisé par le facteur 1,284, ce montant s'élève à 613'741 fr., lequel divisé par le nombre d'années de cotisations (31 années et 11 mois) donne un revenu annuel moyen de 19'229 fr. A ce montant, il faut ajouter, conformément à l'art. 29 quater 3 litt. LAVS, la somme de 6'390 fr. au titre des bonifications pour tâches éducatives, ce qui donne un revenu annuel moyen de 25'956 fr.

Force est donc de constater que les décisions de l'OCAI des 2 septembre et 27 octobre 2003, remplaçant et annulant la décision litigieuse du 8 octobre 2002, sont correctes et doivent être confirmées.

10. Au vu de ces considérations, il apparaît que l'intimé a correctement fixé à 50% le taux d'invalidité du recourant et a également correctement calculé le montant de sa rente. S'agissant de l'aggravation alléguée de l'état de santé du recourant, il appartiendra à ce dernier, le cas échéant, de déposer une demande de révision auprès de l'OCAI en temps opportun.

Le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier:
Pierre RIES

La présidente :
Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste :
Alain ACHER

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