RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/100/2005 **ATAS/851/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 29 août 2006

En la cause

Monsieur G_____, domicilié , 1214 Vernier, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur G_____, né en 1955, a travaillé en tant que menuisier dans l'entreprise X_____& Cie du 1er juin 1979 au 14 août 1992.

2. Dès le 17 août 1992, une incapacité de travail entière lui a été reconnue par le Dr A_____ en raison de paraspondylalgies dorso-lombaires chroniques.

3. Le 27 septembre 1993, il a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.

4. Dans un rapport du 14 octobre 1993, le Dr A_____, généraliste, a diagnostiqué un status après opération d'un hallux valgus à gauche en 1992 avec légère algo-neurodystrophie, des paraspondylalgies dorso-lombaires chroniques depuis août 1992 à caractère de syndrome polyfibromyalgique idiopathique diffus des obèses, un syndrome cervico-brachial à droite, une hypertension (stade I) contrôlée et stabilisée. Il a fait état de cervico-brachialgies à droite avec probable sinistrose en évolution depuis fin 1992.

5. L'assuré a bénéficié d'un stage d'observation, effectué du 21 novembre 1994 au 5 mars 1995 auprès de la Fondation PRO. Dans son rapport d'évaluation du 28 février 2005, ladite Fondation a admis une capacité de l'assuré à travailler à plein temps avec un rendement de 100% dans toute activité à l'établi ne comportant pas de manipulations lourdes.

6. Par décision du 4 décembre 1995, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI) a considéré que l'assuré était capable de travailler à 100% dans n'importe quelle activité à l'établi avec un rendement entier et a refusé d'entrer en matière sur la demande de rente.

7. Le 25 janvier 1996, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI (ci-après : la Commission) alors compétente. Par jugement du 4 juin 1996, la Commission a rejeté le recours pour cause de tardiveté.

8. Le 17 février 1997, l'assuré a présenté une nouvelle demande de rente auprès de l'OCAI motivée par une dégradation continuelle de son état de santé depuis la décision du 4 décembre 1995.

9. Par décision du 27 février 1997, l'OCAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande pour le motif que l'assuré ne rendait pas plausible une aggravation de son état de santé.

10. Le 14 mars 1997, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès de la Commission en produisant, notamment, un rapport du Dr B_____, rhumatologue, daté du

11 mars 1997 et faisant état de douleurs touchant toute la colonne vertébrale, de cervico-brachialgies avec dysesthésies des deux mains, de céphalées, de douleurs aux membres inférieurs à la marche et aux genoux. En plus des diagnostics déjà connus, il a diagnostiqué, une coxarthrose gauche secondaire à une dysplasie de la hanche, une discopathie L5-S1 franche, un diabète sucré de type II et un status post double arthrodèse de la cheville droite.

11. Par jugement du 20 août 1997, la Commission a estimé que les divers rapports médicaux produits rendaient plausible l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Elle a admis le recours et a renvoyé la cause à l'OCAI pour entrée en matière sur le fond et nouvelle décision.

12. Le 8 janvier 1998, l'OCAI a confié un mandat d'expertise au COMAI de Lausanne.

13. Dans leur rapport d'expertise du 20 juillet 1998, les Drs C_____, D_____ et E_____ ont diagnostiqué des troubles somatoformes persistants, des troubles de l'alimentation et une dysthymie chez une personnalité narcissique, une obésité morbide, des troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervicale et lombaire, une coxarthrose gauche secondaire à une possible ancienne dysplasie de hanche, un syndrome du tunnel carpien gauche, une hypertension artérielle essentielle, un diabète de type II non insulino-requérant, une colopathie fonctionnelle et un status post double arthrodèse de la cheville droite. Ils n'ont pas mis en évidence une nette aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis 1995, à part la survenue d'un diabète. Ils ont estimé que la capacité de travail raisonnablement exigible était de 50% dans l'ancienne profession de menuisier (travail à 50% avec rendement de 100% ou travail à 100% avec rendement de 50%) et à 70% au moins dans une activité adaptée avec travail léger (magasinier, pompiste, surveillant de parking ou de tunnel de lavage). Ils ont situé le début de l'incapacité de travail à 1995. Ils ont précisé que l'assuré était en mesure de reprendre une activité professionnelle car l'atteinte à la santé n'avait pas entièrement épuisé ses ressources adaptatives.

14. Le 9 décembre 1998, l'assuré a demandé à l'OCAI de reconsidérer son cas. Il a joint un rapport du Dr A_____ daté du 4 décembre 1998 et faisant état d'une aggravation de son état de santé depuis trois mois.

15. Dans un rapport du 20 avril 1999, le Dr A_____ a précisé que le patient présentait, depuis le 29 janvier 1999, une nette aggravation de la fibromyalgie qui limitait sévèrement la totalité des mouvements de la vie quotidienne et le repos nocturne.

16. Le 7 juin 1999, l'OCAI a demandé au COMAI de convoquer à nouveau l'assuré.

17. Dans leur rapport d'expertise du 24 janvier 2000, les Drs C_____ et LUGEON ont, pour l'essentiel, posé les mêmes diagnostics que lors de la

précédente expertise. Ils n'ont plus constaté de troubles de l'alimentation et de dysthymie. En revanche, ils ont mis en évidence un syndrome du tunnel carpien gauche et ont précisé que les troubles somatoformes douloureux (F. 45.4) se manifestaient par des polyarthralgies. Ils ont considéré que la capacité de travail de l'assuré s'était modifiée par rapport à 1998 en raison surtout de l'aggravation du trouble somatoforme douloureux et de la coxarthrose gauche. Ils ont estimé la capacité de travail résiduelle à 30% dans le métier de menuisier et à 50% dans une activité adaptée.

18. Dans un rapport du 16 mai 2000, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a indiqué, d'une part, un salaire annuel sans invalidité de 65'091 fr. pour 2000 après renseignements pris auprès de l'entreprise Y_____, d'autre part, un salaire annuel minimum de 40'950 fr. pour un ouvrier en industrie non spécialisé sur la base des informations données par la FTMH. En comparant les revenus, elle a calculé un taux d'invalidité de 68.5%.

19. Par prononcé du 9 juin 2000, l'OCAI a fixé le degré d'invalidité à 50% du 1er décembre 1996 au 30 septembre 1998, à 69% dès le 1er octobre 1998 et a prévu une révision en date du 1er mai 2003. Il a admis que l'assuré aurait pu travailler dans son métier de menuisier à 50% dès le mois de décembre 1996 et qu'en raison de l'aggravation de l'état de santé intervenue au mois de juillet 1998 (recte : septembre), sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée comme celle d'ouvrier non spécialisé.

20. Par décision du 1er septembre 2000, l'OCAI a alloué à l'assuré, dès le 1er octobre 1998, une rente entière simple d'invalidité, une rente entière complémentaire pour le conjoint, deux rentes entières simples pour enfant sur la base d'un taux d'invalidité de 69%.

21. Par décision du 2 octobre 2000, l'OCAI a accordé à l'assuré, du 1er décembre 1996 au 30 septembre 1998, une demi-rente simple d'invalidité, une demi-rente complémentaire pour le conjoint, deux demi-rentes simples pour enfant en retenant un taux d'invalidité de 50%.

22. Le 1er février 2001, l'OCAI a rendu une nouvelle décision annulant et remplaçant ses décisions des 1er septembre et 2 octobre 2000 quant au montant des rentes versées, sans toutefois modifier le degré d'invalidité reconnu dans ces dernières décisions. En revanche, il a fait état d'un solde en sa faveur de 4'357 fr.

23. Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente d'invalidité, le 23 janvier 2004, l'OCAI a remis à l'assuré un questionnaire. Ce dernier l'a complété, le 4 février 2004, et a mentionné une aggravation de son état de santé depuis février 2003, en raison d'une polyarthrite de l'épaule gauche.

24. Dans un rapport du 1er juin 2004, le Dr F_____, chirurgien, a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et ne s'était pas modifié depuis la dernière expertise du 24 janvier 2000, enfin, que les diagnostics étaient inchangés.

25. Le 16 août 204, dans le cadre de la 4ème révision de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI), la conseillère en réadaptation de l'OCAI a procédé à une actualisation des divers revenus entrant en considération dans le calcul du taux d'invalidité. Sur la base de la convention collective du second œuvre genevois, elle a retenu une augmentation de salaire de 235 fr. par mois de 2001 à 2004, soit une augmentation du revenu sans invalidité de 3'055 fr. par rapport à 2000. Quant au revenu d'invalide, sur la base des salaires statistiques concernant une activité d'ouvrier peu qualifié (niveau 4) dans la fabrication d'équipements électriques ou de mécanique de précision (30-32), elle a retenu un gain de 50'904 fr. pour 2002 et a tenu compte d'une augmentation des salaires de 2% en 2004, d'une activité à 50% et d'une déduction de 10% pour activité à temps partiel, ce qui lui a permis de fixer le revenu d'invalide à 23'365 fr. pour 2004. En comparant les revenus, elle a calculé un taux d'invalidité de 66%.

26. Par prononcé du 18 août 2004, l'OCAI a fixé le taux d'invalidité à 66% dès le début du deuxième mois suivant sa notification. Il a indiqué à l'assuré qu'en raison de l'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI, un degré d'invalidité de 60 à 69% donnait droit désormais à un trois quarts de rente. En conséquence, il a remplacé la rente entière par un trois quarts de rente.

27. Le 16 septembre 2004, l'assuré a formé opposition contre la décision de l'OCAI du 26 août 2004 en contestant les revenus pris en considération pour calculer le degré d'invalidité qu'il estimait supérieur à 70%.

28. Dans son complément d'opposition du 29 septembre 2004, l'assuré a précisé que ses problèmes de santé s'étaient aggravés et que les calculs pour fixer le taux de la rente étaient erronés car l'OCAI aurait dû prendre en compte le même pourcentage d'augmentation pour les deux revenus.

29. Par décision du 4 octobre 2004, l'OCAI a versé à l'assuré un trois quarts de rente d'invalidité, un trois quarts de rente complémentaire en faveur du conjoint et deux trois quarts de rente pour enfant avec effet au 1er octobre 2004.

30. Par décision sur opposition du 30 novembre 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il a estimé que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé depuis janvier 2000 puisque le médecin-traitant avait considéré l'état comme stationnaire et n'avait pas mentionné la périarthrite de l'épaule gauche qui, au demeurant, n'était pas obligatoirement durable. De plus, il a confirmé ses calculs en relevant que l'évolution des revenus avec et sans invalidité n'était pas parallèle car elle dépendait de l'augmentation spécifique à chaque domaine d'activité.

31. Par acte du 14 janvier 2005, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales contre ladite décision sur opposition. Il conclut au maintien d'une rente entière d'invalidité. Il considère comme choquant que sa rente soit diminuée sans qu'une amélioration de son état de santé ou de sa capacité de travail ne soit invoquée par l'intimé. En outre, il fait état d'une aggravation de son état de santé en raison de l'apparition d'une périarthrite à l'épaule gauche. Enfin, il conteste la déduction de 10% opérée par l'intimé sur le revenu statistique d'invalide estimant qu'elle ne tient pas compte de son handicap physique.

32. Dans sa réponse du 22 février 2005, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a expliqué que la révision de la rente du recourant avait été imposée par la 4ème révision LAI qui prévoyait une telle procédure pour toutes les rentes en cours lorsque le taux d'invalidité était inférieur à 70% et lorsque l'assuré était âgé de moins de 50 ans au moment de l'entrée en vigueur de la révision législative. Il a ainsi précisé qu'il n'avait pas révisé la rente en raison d'une modification notable de l'état de santé du recourant ou de sa capacité de gain, mais bien en raison du nouvel échelonnement des rentes.

33. Dans son écriture du 29 avril 2005, le recourant a exposé que ses multiples problèmes de santé justifiaient un abattement de 20% sur le salaire statistique sans invalidité. En outre, compte tenu de ses difficultés liées aux tunnels carpiens des deux mains, il a estimé que son gain théorique ne pouvait pas être calculé en fonction d'activités manuelles. Il a informé le Tribunal qu'il avait demandé au Dr F_____, le 20 décembre 2004, de prendre position sur sa capacité résiduelle de travail en tenant compte de ses problèmes de tunnel carpien aux deux mains et de sa polyarthrite de l'épaule gauche. Il a persisté dans ses conclusions.

34. Le 19 mai 2005, le recourant a transmis au Tribunal le rapport du Dr F_____ daté du 3 mai 2005. Dans ledit rapport, le médecin-traitant a posé les nouveaux diagnostics de périarthrite scapulo-humérale des deux épaules, d'épicondylite cubitale des deux côtés, de fibromyalgie, de gonalgies bilatérales chroniques et de début de dégénérescence maculaire de l'œil droit. Il a précisé que les douleurs au niveau du genou et de la hanche étaient en relation avec la périarthrite de la hanche gauche.

35. Le 7 juin 2005, le Tribunal de céans a procédé à l'audition du Dr F_____. Ce dernier a précisé qu'il suivait le recourant depuis 1999 et que, dans son rapport du 1er juin 2004, en indiquant que l'état était stationnaire depuis 2000, il voulait dire que la capacité de travail du patient était de 50% dans une activité adaptée, mais qu'il lui était difficile d'imaginer quelle profession il pourrait exercer à mi-temps. Il a estimé qu'il y avait une aggravation de la polyarthrite en raison de la fréquence des récidives. Il a expliqué que le taux d'absentéisme serait très élevé même pour un travail à 50% en raison des crises de polyarthrite qui peuvent durer entre 24 heures et plusieurs semaines. Enfin, il a ajouté que les problèmes aux épaules et de perte

de sensibilité de la main droite ne permettaient pas à l'assuré de travailler dans une activité de précision à l'établi même à temps partiel.

36. Dans son écriture du 31 août 2005, l'intimé a produit un rapport du Dr G_____, rhumatologue et médecin du service médical régional AI, ainsi qu'un rapport de sa Division de réadaptation professionnelle. Dans son rapport du 20 juin 2005, le Dr G_____ a relevé que le diagnostic de polyarthrite, invoqué par le médecin-traitant comme élément marquant de l'aggravation de l'état de santé, n'était documenté ni cliniquement, ni radiologiquement. Il a rappelé que, lors de l'expertise de 2000, le patient ne présentait pas de signe de Gänsslen aux mains et aux pieds, alors qu'il s'agit d'un des signes cliniques les plus précoces et les plus fins lorsqu'il existe une polyarthrite rhumatoïde. En définitive, il a estimé qu'il n'était pas possible d'accréditer ou de réfuter l'aggravation de l'état de santé invoquée et que le diagnostic de polyarthrite méritait d'être confirmé ou infirmé par un rhumatologue. Dans son rapport du 14 juillet 2005, la Division de réadaptation professionnelle a procédé à une vérification des calculs des taux d'invalidité reconnus successivement au recourant et a estimé qu'il avait bénéficié pendant quatre ans d'une demi-rente au lieu d'un quart de rente et pendant quatre autres années d'une rente entière au lieu d'une demi-rente. En outre, elle a relevé que la fibromyalgie et les troubles somatoformes douloureux ne sont pas considérés comme maladie objectivable par l'assurance-invalidité et que le médecin-traitant semblait désigner ces affections sous le terme de polyarthrite. Sur la base de ces deux rapports, l'intimé a maintenu ses conclusions.

37. Dans son écriture du 30 septembre 2005, le recourant a estimé que la prise de position du Dr G_____ ne permettait pas d'établir son état de santé actuel, son degré d'invalidité ainsi que ses limitations physiques et que l'intimé n'avait procédé à aucune instruction sérieuse de son dossier. En conséquence, il a demandé au Tribunal d'ordonner un examen IRM. Il a également relevé que le rapport final de la Division de réadaptation professionnelle contenait des appréciations subjectives et laissait transparaître un a priori manifeste à son égard. Il a contesté l'absence d'abattement sur les gains statistiques d'invalide 1996 et 2000. En outre, concernant le revenu d'invalide 2004, il a exposé qu'il ne lui était pas possible d'exercer une activité d'ouvrier en montage et que l'intimé ne motivait pas pourquoi il avait appliqué un abattement de seulement 10% sur le salaire statistique, alors qu'il souffrait de multiples limitations physiques et qu'il ne pouvait exercer qu'une activité à temps partiel. Au surplus, il a persisté dans ses conclusions précédentes.

38. Le 12 octobre 2005, le Tribunal a informé les parties que la cause était gardée à juger.

39. Le 17 octobre 2005, le recourant a annoncé qu'il allait se soumettre à une IRM afin de déterminer s'il souffrait d'une polyarthrite et a sollicité du Tribunal qu'il surseoie à statuer jusqu'à réception du rapport médical y relatif.

40. Le 16 décembre 2005, le recourant a demandé au Dr H_____, rhumatologue, de l'examiner ainsi que de se prononcer sur l'existence d'une polyarthrite et sur le caractère invalidant de ses troubles physiques.

41. Dans son rapport du 11 mai 2006, le Dr H_____ a constaté des lésions cutanées minimes de psoriasis aux coudes, des signes d'irritation de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, une palpation douloureuse des insertions de la phalange proximale des 3ème et 4ème doigts de la main droite ainsi qu'une limitation douloureuse de la rotation interne de la hanche gauche. Il a fait état d'un bilan sanguin révélant un syndrome inflammatoire d'importance moyenne qui n'était pas présent en avril 2005 et d'un bilan immuno-rhumatologique ne mettant pas en évidence de facteur rhumatoïde. Il a diagnostiqué une polyarthrite de type spondarthrite séronégative. Il a expliqué que les tendinites touchant les épaules, les coudes et les régions trochantériennes étaient des pathologies extra-articulaires souvent associées au rhumatisme psoriasique. Il a précisé que le syndrome inflammatoire objectivé récemment accompagnait une poussée douloureuse des mains, ce qui renforçait les observations du Dr F_____. Il a confirmé que l'existence d'une polyarthrite rhumatoïde devait être écartée tant cliniquement que biologiquement. Il a estimé que la capacité de travail du patient était limitée fonctionnellement lors du port de charges ainsi que lors du mouvement de flexion antérieure du tronc et que les atteintes des doigts, de la hanche gauche et des épaules n'étaient pas compatibles avec une activité de menuisier.

42. Dans son écriture du 24 mai 2006, le recourant a relevé que l'existence d'une polyarthrite avait été établie par deux médecins dont un rhumatologue. En outre, il a estimé qu'en raison de l'atteinte inflammatoire de ses doigts et de ses diverses tendinites, il ne pouvait pas exercer une activité d'employé dans une chaîne de montage et qu'il avait droit à un abattement de 20% sur le salaire statistique d'invalide afin de tenir compte de son âge, d'une activité exercée à temps partiel, de ses limitations physiques, du taux d'absentéisme imposé par son état de santé, enfin, du fait qu'il n'avait plus travaillé depuis de nombreuses années. Il a contesté la vérification des calculs opérée par la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI en tant qu'elle n'avait pris en considération ni la gratification que son ancien employeur lui avait accordée chaque année, de l'ordre de 3'357 fr., ni une augmentation de salaire liée à l'ancienneté.

43. Dans son écriture du 16 juin 2006, l'intimé a considéré que le recourant faisait une interprétation très extensive du rapport du Dr H_____ qui, pour l'essentiel, confirmait l'appréciation émise précédemment par le SMR. En outre, il a rappelé que toute aggravation de l'état de santé postérieure à sa décision sur opposition du 30 novembre 2004 devait faire l'objet d'une nouvelle demande. Il a persisté dans ses conclusions.

44. Le 20 juin 2006, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, 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 Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références), les faits sur lesquels le tribunal de céans peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b).

   En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le 1er octobre 2004, à savoir à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige. 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 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont donc applicables dans le présent cas.

Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition du 30 novembre 2004 a été reçue par le recourant au plus tôt le 1er décembre 2004, que les délais sont suspendus du 18 décembre au 1er janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours du 14 janvier 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit du recourant à une rente entière d'invalidité et son remplacement par un trois quarts de rente.

6. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il ne suffit toutefois pas qu'une situation, demeurée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée de manière différente (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2, ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Une décision

de révision vaut également comme base de référence lorsqu'elle a modifié la rente en cours en fixant un nouveau degré d'invalidité (ATF 109 V 262 consid. 4a).

7. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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).

   b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur), 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.

   c) 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).

8. En l'espèce, il s'agit d'examiner si l'invalidité du recourant s'est modifiée de façon à influencer son droit à la rente pour la période dès le 1er octobre 2004. Pour ce faire, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 1er février 2001 avec ceux existant au moment de la décision sur opposition litigieuse du 30 novembre 2004.

   L'intimé prétend qu'au moment de sa décision sur opposition, l'état de santé du recourant était semblable à celui existant lors de l'expertise de janvier 2000 et que l'aggravation invoquée n'était justifiée par aucun élément médical probant. En outre, en comparant le revenu sans invalidité 2004, établi sur la base de la convention collective du second œuvre, avec le revenu d'invalide 2004, déterminé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) relative à une activité d'ouvrier peu qualifié dans la fabrication et le montage d'équipements électriques ou de mécanique de précision après abattement de 10% pour activité à temps partiel, il aboutit à un taux d'invalidité de 66%.

Quant au recourant, il invoque une aggravation de son état de santé, depuis février 2003, sous forme de l'apparition d'une polyarthrite de l'épaule gauche. Au sujet du revenu d'invalide, il considère qu'il est incapable d'exercer une activité dans une chaîne de montage à plein temps et estime qu'il a droit à une déduction de 20% sur le gain statistique d'invalide pour tenir compte de ses limitations physiques, de sa capacité résiduelle de travail à temps partiel, du taux d'absentéisme imposé par son état de santé et de la longue période sans activité professionnelle.

Il y a tout d'abord lieu d'examiner si l'état de santé du recourant s'est aggravé entre février 2001 et novembre 2004 en influençant négativement sa capacité résiduelle de travail.

Dans la décision initiale de rente du 1er février 2001, l'intimé, en se basant sur les expertises du COMAI du 20 juillet 1998 et du 24 janvier 2000, a estimé qu'à partir du 1er octobre 1998, l'état de santé du recourant était compatible à 50% avec l'exercice d'une activité lucrative adaptée à son handicap, à savoir permettant l'alternance des positions assise et debout, ne comprenant pas de travaux lourds et ne nécessitant ni déplacements en terrain irrégulier, ni marches prolongées de plus de 200 mètres de manière répétitive. Les diagnostics posés à l'époque par les experts étaient ceux de troubles somatoformes persistants (F 45.4) se manifestant par des polyarthralgies, obésité morbide, troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervicale et lombaire, coxarthrose gauche secondaire sur possible ancienne dysplasie de la hanche ou éventuelle ancienne épiphysiolyse de la tête fémorale gauche, syndrome du tunnel carpien gauche, hypertension artérielle essentielle, diabète de type II non insulino-requérant, colopathie fonctionnelle et status post double arthrodèse de la cheville droite. En 2000, les experts avaient considéré que, sur le plan rhumatologique, il y avait eu une progression de la coxarthrose gauche par rapport à l'expertise de 1998 et le rhumatologue avait précisé que la capacité de travail de l'assuré était de 50% (de préférence travail à la demi-journée) dans un travail adapté. En définitive, le taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée était justifié par les seules affections physiques.

Pour sa part, dans son rapport du 1er juin 2004, le Dr F_____ a indiqué que, depuis la dernière expertise du 24 janvier 2000, l'état de santé de l'assuré était stationnaire et les diagnostics inchangés. Puis, dans son rapport du 3 mai 2005, rédigé sur demande du recourant, il a estimé que l'ensemble de la symptomatologie présentée par le patient justifiait une rente de l'assurance-invalidité à 100%. Il a diagnostiqué une dysthymie, une hypertension artérielle traitée, une obésité morbide, une migraine, un diabète de type II, un syndrome vertébral cervico-dorsal et lombaire sur troubles statiques et dégénératifs, une polyarthrite, une fibromyalgie, une périarthrite scapulo-humérale, une coxarthrose gauche, une épicondylite cubitale des deux côtés, un status après opération pour tunnel carpien droit, un tunnel carpien gauche, un début de dégénérescence maculaire de l'œil droit, des gonalgies bilatérales chroniques, un status post double arthrodèse de la

cheville droite, un status post opération pour hallux valgus du gros orteil gauche et une colopathie fonctionnelle. Lors de l'audition du 7 juin 2005, il a expliqué qu'en indiquant dans son rapport du 1er juin 2004 que l'état était inchangé depuis l'expertise de 2000, il voulait dire que son patient était incapable de travailler dans une activité de menuisier et avait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée bien qu'il lui était difficile de concevoir quelle profession l'assuré était en mesure d'exercer à mi-temps. Il a fait état d'une aggravation de la polyarthrite en raison de la fréquence des récidives. En outre, il a précisé que la perte de sensibilité que le patient rencontrait à la main droite l'empêchait d'exercer une activité de précision à un établi et que l'état de ses épaules ne lui permettait pas de travailler dans ces conditions même à temps partiel.

Il ressort des explications données par le Dr F_____ que l'état de santé du recourant s'est aggravé entre l'expertise de janvier 2000 et son rapport du 1er juin 2004, en raison de l'augmentation de fréquence des récidives de polyarthrite, sans toutefois entraîner une incidence sur la capacité de travail du recourant qui est toujours de 50% dans une activité adaptée. En conséquence, les renseignements données par le médecin-traitant n'établissent pas l'existence d'une amélioration ou d'une aggravation de l'état de santé du recourant ayant une incidence sur sa capacité résiduelle de travail estimée à 50% par les experts dans leur rapport du 24 janvier 2000.

Quant à la polyarthrite de type spondarthrite séronégative des doigts de la main droite, elle est postérieure à avril 2005. En effet, dans son rapport du 11 mai 2006, le Dr H_____ explique qu'il a posé ce diagnostic compte tenu tant de son examen clinique que du bilan sanguin effectué le 6 mars 2006 et que ce dernier a mis en évidence un syndrome inflammatoire d'importance moyenne qui n'était pas présent en avril 2005.

Etant donné que la polyarthrite de type spondarthrite séronégative n'existait pas en avril 2005, elle est donc postérieure à la décision sur opposition du 30 novembre 2004. Or, le juge des assurances sociales ne tient pas compte des circonstances survenues après la décision litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b; ATFA non publié du 20 mars 2006, I 644/04, consid. 4) de sorte que cette nouvelle affection ne peut pas être prise en considération dans le cadre de la présente procédure.

Le recourant a néanmoins la possibilité de saisir l'administration d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, s'il estime que, postérieurement à la décision litigieuse, son état de santé s'est modifié de manière à influencer ses droits. En effet, les faits survenus postérieurement et qui ont modifié la situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b).

Le recourant soutient encore que le diagnostic de syndrome vertébral cervico-dorsal et lombaire sur troubles statiques et dégénératifs implique par définition une péjoration avec l'écoulement du temps. Hormis le fait qu'une telle aggravation n'est mentionnée ni par le Dr F_____, ni par le Dr H_____, il y a lieu de relever que le terme "dégénératif" n'implique nullement par définition une évolution négative. En effet, il est relatif à la dégénérescence qui signifie "altération partielle ou totale des cellules d'un tissu, d'un organe, ou d'un organisme" (Dictionnaire médical Doctissimo). Or, cette altération, une fois qu'elle a débuté, peut rester de même degré, raison pour laquelle le recourant ne peut en tirer aucun argument en faveur d'une aggravation de son état de santé.

En définitive, l'état de santé du recourant ne s'est ni aggravé, ni amélioré et sa capacité de travail est demeurée inchangée à 50%, de sorte que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas réalisées.

9. La lettre f des dispositions finales de la modification législative du 21 mars 2003 (4ème révision de l'AI) garantit des droits acquis uniquement pour les rentes entières en cours perçues lorsque l'assuré a atteint l'âge de 50 ans au moment de l'entrée en vigueur de la modification législative. En outre, elle prévoit que toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70% font l'objet d'une révision dans le délai d'une année.

   En l'espèce, au moment de l'entrée en vigueur de la 4ème révision de l'AI au 1er janvier 2004, le recourant né en 1955 était âgé de 49 ans de sorte qu'il ne remplissait pas les conditions pour bénéficier de droits acquis et, partant, sa rente entière allouée en raison d'une invalidité de 69% devait faire l'objet d'une révision.

   Lors de l'octroi de la rente d'invalidité entière dès le 1er octobre 1998, l'intimé a retenu un revenu sans invalidité de 65'091 fr. correspondant au salaire annuel, y compris treizième salaire, que le recourant aurait obtenu auprès de l'entreprise Y_____ en 2000 s'il avait toujours été à son service selon un horaire de 42.5 heures par semaine. Quant au revenu d'invalide, il a considéré que le recourant était capable d'exercer un travail d'ouvrier en industrie à 50% et a estimé son salaire à 20'475 fr. sur la base du salaire minimum d'un ouvrier non spécialisé communiqué par la FTMH.

   Puis, dans sa décision sur opposition du 30 novembre 2004, l'intimé a pris en considération pour 2004 un revenu sans invalidité de 68'146 fr. correspondant à l'adaptation selon la convention collective du second œuvre du salaire communiqué par l'ex-employeur en 2000. Quant au revenu d'invalide, il a estimé le salaire de l'assuré à 23'365 fr. sur la base du salaire statistique ESS concernant un ouvrier peu qualifié dans la fabrication et le montage d'équipements électriques ou de mécanique de précision (30-32) après abattement de 10% pour tenir compte d'une activité à temps partiel.

En définitive, en procédant à de nouveaux calculs de l'invalidité, l'intimé a apprécié de manière différente la même situation puisque l'état de santé du recourant ne s'est ni aggravé, ni amélioré et que sa capacité de travail est demeurée inchangée à 50%. Or, selon la jurisprudence, une situation demeurée inchangée pour l'essentiel, mais appréciée de manière différente, ne justifie pas une révision (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Etant donné qu'il n'y avait pas lieu de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité, le taux d'invalidité de 69% déterminé par l'intimé dans sa décision du 1er février 2001 demeure valable (ATAS/698/2006). Dès lors que le recourant présentait, au moment de l'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI, un taux d'invalidité inférieur à 70%, c'est à juste titre que l'intimé a remplacé sa rente entière par un trois quarts de rente (cf. art. 28 al. 1 LAI).

10. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

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).

La greffière	La présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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