RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1574/2003 **ATAS/576/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème chambre

du 14 juillet 2004

En la cause

Madame R_____ , mais comparant par Me Jean-Luc ADDOR en l'étude duquel elle élit domicile	recourante

contre

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

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente, Mesdames Karine STECK et Isabelle DUBOIS, juges.

EN FAIT

1. Madame R_____, née en juin 1947, a exercé diverses activités. Elle est titulaire d'un CFC de dessinatrice en bâtiment et a travaillé à ce titre jusqu'en 1979 ; elle a ensuite notamment exercé l'activité de documentaliste de 1980 à 1990 et a tenu une boutique d'articles de sport à son compte de 1991 à 1997. Depuis fin avril 1997, elle n'a plus d'activité lucrative. Elle a été domiciliée en Valais jusqu'au 10 juillet 2000, date à laquelle elle a pris domicile dans le canton de Genève.

2. En date du 23 octobre 1998, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité visant l'octroi d'une rente, en raison hypotension permanente, de vertiges, de traumatisme crânien, de maux de dos et de nuque, de difficultés de concentration, ainsi que de fatigue permanente.

3. En date du 20 août 1999, elle a été soumise à une expertise médicale conduite par la Dresse A_____. Cette dernière a posé les diagnostics de problèmes sociaux, status après accident de voiture (21 mai 1986) et hypotension orthostatique. Elle a formulé les remarques suivantes : « A l'examen de ce jour Madame R_____ ne souffre d'aucun problème somatique majeur, si ce n'est une légère hypotension artérielle, non symptomatique (voir status). Les plaintes actuelles sont vagues et peu spécifiques : fatigues, troubles de la concentration, vertiges etc. Bien que la patiente soit fixée par son état post-traumatique, je ne vois pas de relation entre les plaintes subjectives de ce jour et l'accident d'il y a 13 ans (…). Les problèmes principaux de Madame R_____ sont d'ordre sociaux : plus de revenu depuis avril 1997, pas d'activité lucrative, pas de domicile fixe, etc. Thérapeutiquement, j'ai vivement conseillé à Madame R_____ de se trouver un médecin de confiance pour un suivi et surtout un soutien médical, en cas de besoin (par exemple prescription de physiothérapie). Dans ces conditions Madame R_____ pourrait avoir une capacité de travail totale dans sa profession, comme documentaliste, représentante et/ou vendeuse. Elle se dit d'accord avec ces conclusions mais elle réalise qu'actuellement personne ne voudrait l'engager vu son âge ». L'experte a répondu à des questions particulières. En 1986, l'assurée avait présenté une incapacité totale de travail pendant quelques semaines seulement, suite à son accident de voiture. Cette dernière n'avait plus travaillé depuis avril 1997, à la suite de la fermeture de son commerce. Sa capacité de travail s'élevait à 100%.

4. L'assurée a été soumise à un examen effectué par la de l'établissement hospitalier de réadaptation. Il ressort de cette expertise du 14 mars 2000 que l'assurée a été percutée par une voiture le 21 mai 1986. En 1989, elle avait consulté un médecin en raison d'un « blocage de sa jambe gauche qui était comme paralysée », problème lié selon elle à l'accident de 1986. Fixée sur la notion de traumatisme cranio-cérébral, l'assurée accusait le milieu médical et paramédical de lui avoir caché son état véritable, de ne pas l'avoir prise en charge en tant que victime d'un

traumatisme cranio-cérébral. Elle avait développé une attitude de méfiance extrême, voire paranoïaque, tenant un discours agressif et insultant, se montrant procédurière envers le corps médical et paramédical, ainsi qu'envers le milieu assécurologique. Un bilan psychologique effectué dans le cadre de l'assurance-invalidité avait conclu à une personnalité borderline aux défenses caractérielles avec une perte d'adaptation liée à un étiolement psycho-organique. Cet examen neuropsychologique avait mis en évidence un fléchissement sévère des capacités attentionnelles, des troubles mnésiques en modalité verbale, des difficultés d'accès lexical, des signes dysexécutifs discrets aux tests mais se manifestant sur le plan comportemental par une désinhibition, une impulsivité, une irritabilité et une agressivité accrues, ainsi qu'un important ralentissement. Les fonctions practognosiques, de même que les capacités de raisonnement étaient par ailleurs globalement préservées.

5. Le Dr B_____, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du Valais, a relevé que, selon lui, l'assurée présentait des troubles neuropsychologiques sévères, avec désinhibition, incompatibles avec un fonctionnement socio-professionnel même mininal. On devait admettre une incapacité de travail supérieure à 66 2/3% pour toute activité.

6. Par décision du 17 juillet 2000, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du Valais a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1er mai 1998. En effet, cette dernière avait travaillé jusqu'en mai 1997, date à laquelle elle avait été contrainte de cesser son activité indépendante. Elle avait droit à une rente d'invalidité au terme du délai de carence d'une année à compter de mai 1997, soit à partir de mai 1998. Compte tenu de son état de santé, l'Office de l'assurance-invalidité renonçait à entreprendre des mesures d'ordre professionnel.

7. Par courrier du 29 octobre 2002, l'assurée a déposé une demande de reconsidération, faisant valoir que son invalidité était due aux suites de son accident du 21 mai 1986 et concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis 1991. En effet, en septembre 1999, le Dr C_____ de la Policlinique de neurologie de l'établissement hospitalier relevait que l'assurée présentait, suite à un accident et probablement à un traumatisme crânien et peut-être à une entorse cervicale discrète, un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration et de la mémoire sémantique, mais également des troubles de l'équilibre qui pourraient évoquer une atteinte cérébelleuse discrète. Dans un rapport du 23 septembre 1999, les Dr D_____, E_____ et F_____, également de la Policlinique de neurologie de l'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER constataient un syndrome post-commotionnel et des troubles de la vigilance auxquels étaient liés un ralentissement psychomoteur depuis 13 ans. Le 13 septembre 1999, le Dr G_____ concluait dans son rapport que le bilan otoneurologique mettait en évidence des anomalies des voies vestibulo-oculomotrices et que cela pourrait correspondre aux séquelles d'un ancien déficit vestibulaire brusque. Dans son

rapport de radiologie du 18 janvier 2000, le Dr H_____ de la Établissement hospitalier de réadaptation écrivait quant à lui qu'à son sens il était évident qu'il existait des séquelles de l'accident. Ainsi, tous ces rapports attestaient de manière unanime qu'il existait un lien de causalité entre l'invalidité de l'assurée et son accident du 21 mai 1986. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité n'en avait cependant pas tenu compte. Pourtant, il ressortait clairement du compte personnel de cotisations de l'assurance-vieillesse et survivants que l'assurée n'était pas capable d'exercer une activité lucrative puisque son revenu moyen des années 1991 à 1997 ne dépassait guère 7'000 fr. par an. Ses revenus ne provenaient pas uniquement d'une conjoncture économique défavorable, mais surtout du fait que pendant toute cette période l'assurée souffrait de troubles neuropsychologiques sévères qui entraînaient un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration et de la mémoire sémantique mais également des troubles de l'équilibre, de sorte qu'il n'était pas possible à l'assurée de réaliser un revenu annuel supérieur à 7'000 fr.

8. Par décision du 11 février 2003, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OCAI), compétent à raison du nouveau domicile de l'assurée, a rendu une décision refusant d'entrer en matière sur la demande de reconsidération. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, l'administré n'avait aucun droit à ce que l'administration reconsidère une décision matériellement inexacte. De surcroît, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton du Valais était fondée sur une expertise médicale, sur un rapport de la Établissement hospitalier de réadaptation, ainsi que sur différents actes d'instruction qui avaient clairement permis de fixer le début du droit à la rente au 1er mai 1998. La décision rendue l'avait donc été à bon droit.

9. Par courrier du 14 mars 2003, l'assurée a formé opposition à cette décision, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis 1991, voire au plus tard depuis le 1er mai 1997. Elle a allégué que divers rapports avaient été établis par d'autres médecins qui ne figuraient pas au dossier de l'assurance-invalidité. Il s'agissait en particulier des rapports du Dr C_____ du 8 septembre 1999, de celui des Dr D_____, E_____ et F_____ du 23 septembre 1999, de celui du Dr G_____ du 30 septembre 1999 et de celui du Dr H_____ du 18 janvier 2000. Contrairement à ce qui avait été retenu dans la décision du 17 juillet 2000, ces rapports attestaient d'un lien de causalité entre l'invalidité de l'assurée et un accident qu'elle avait subi le 21 mai 1986. Elle avait produit le 29 octobre 2002 quatre certificats médicaux, sur lesquels l'OCAI n'était même pas entré en matière, ce qui dénotait un formalisme excessif. Or, ces rapports permettaient de conclure, de manière unanime, que le début de l'invalidité était très antérieur à la date retenue dans la décision du 17 juillet 2000 et tirait en réalité ses origines dans l'accident du 21 mai 1986.

10. Par décision sur opposition du 23 mai 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision de refus d'entrer en matière du 11 février 2003. En effet, la reconsidération tendait à la modification d'une décision qui présentait des défauts manifestes au moment où elle était entrée en force parce qu'elle était inconciliable avec les dispositions légales ou avec une jurisprudence bien établie ou qu'elle procédait à une vision fausse ou par trop imparfaite de l'état de fait. Celui qui demandait une reconsidération n'avait aucun droit en principe non seulement à une nouvelle décision, mais également à ce que l'autorité saisie procède à un nouvel examen. Le pouvoir de l'Office de l'assurance-invalidité était sur ce point discrétionnaire. En outre, la décision du 17 juillet 2000 dont le réexamen était demandé, ne présentait aucun défaut manifeste. Elle se fondait sur des examens médicaux approfondis, notamment sur l'expertise de la Dresse A_____ du 20 août 1999 et du rapport de la Établissement hospitalier de réadaptation du 14 mars 2000, ainsi que sur une évaluation détaillée de la situation économique de l'assurée. S'agissant des rapports médicaux produits à l'appui de la demande de reconsidération, ils ne permettaient pas de remettre en cause le bien fondé de la décision du 17 juillet 2000. En effet, l'ensemble des investigations entreprises dans le cadre de l'instruction de la demande du 23 octobre 1998 avait clairement permis de mettre en évidence qu'il n'y avait aucune relation entre les plaintes subjectives de l'assurée et l'accident survenu en 1986. Par ailleurs, il y avait lieu de relever que 1986 à 1997, l'assurée avait exercé une activité lucrative et que, par conséquent, l'accident n'avait pas eu de répercussion sur sa capacité de gain. Enfin, lors de l'instruction de la demande de prestations, l'administration avait sollicité la production du dossier de l'assureur accidents qui avait répondu qu'il s'agissait d'un accident bagatelle ; les documents le concernant n'avaient pas été conservés. Il y avait encore lieu de préciser que tous les rapports médicaux transmis avaient été établis en 1999 et que par conséquent, en faisant preuve de l'attention voulue, l'assurée aurait pu s'en prévaloir dans le cadre de la procédure initiale.

11. Par courrier du 25 juin 2003, l'assurée a recouru contre cette décision sur opposition, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité depuis une date antérieure au 1er mai 1997. En effet, lorsque la décision litigieuse avait été prise en juillet 2000, plusieurs rapports médicaux ne figuraient pas au dossier, rapports qui attestaient du lien de causalité entre l'atteinte à la santé de la recourante et son accident du 21 mai 1986. En outre, l'OCAI en refusant d'entrer en matière sur la demande de reconsidération avait agi par formalisme excessif et avait interprété de manière manifestement erronée les certificats sur lesquels la recourante fondait ses prétentions. En l'occurrence, la décision initiale était manifestement erronée, les certificats médicaux cités ne figurant pas au dossier de l'assurance-invalidité. Cette lacune n'était en aucune manière imputable à la recourante, mais bien à la carence des administrations, notamment de l'assureur invalidité et de l'assureur accidents. S'agissant de l'appréciation des certificats médicaux annexés à la demande de reconsidération du 29 octobre 2002, il était

manifeste qu'ils établissaient clairement un lien de causalité entre l'accident du 21 mai 1986 et l'invalidité. La recourante se référait pour le surplus à sa demande de reconsidération et à ses écritures précédentes.

12. Dans un préavis du 18 août 2003, l'OCAI s'est référé à ses décisions précédentes et aux pièces du dossier, concluant au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition.

13. Par courrier du 16 septembre 2003, la recourante a confirmé ses précédentes écritures.

14. Dans des observations du 16 mars 2004, l'OCAI a fait valoir que dans son rapport du 11 octobre 1999, le Dr C_____ indiquait qu'il n'avait pas trouvé à l'IRM de lésions spécifiques du tronc cérébral et que l'examen otoneurologique était également normal. En outre, l'OCAI était d'avis qu'on ne saurait retenir que la décision du 17 juillet 2000, en tant qu'elle fixait le début du droit à la rente au 1er mai 1998, comportait une erreur manifeste. Il a maintenu sa décision de non entrée en matière sur la demande de reconsidération.

15. Par courrier du 18 mars 2004, la recourante a persisté dans ses conclusions et ses mémoires.

16. Par courrier du 29 mars 2004, la recourante a précisé que la Dresse A_____ était spécialiste en médecine interne et non pas neurologue et qu'elle n'avait dès lors aucune autorité en ce qui concernait un traumatisme tel que celui subi le 21 mai 1986.

17. Le 8 juin 2004, le Tribunal administratif du canton de Genève a rendu un arrêt niant le lien de causalité naturelle entre l'accident du 21 mai 1986 et l'atteinte à la santé actuelle de la recourante. Cet arrêt n'a pas encore acquis force de chose jugée.

EN DROIT

1. a) 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 (ci-après le TCAS ; art. 1 let. r LOJ).

Dans un arrêt du 30 mars 2004, cependant, le Tribunal administratif (ci-après TA) a constaté d'office la nullité de l'art. 1 let. r LOJ, considérant que le TCAS avait été créé en violation de l'art. 131 de la Constitution genevoise - Cst GE -.

b) Force est de constater que cette conclusion ne saurait lier le tribunal de céans, aux motifs suivants :

- elle ne figure pas dans le dispositif de l'arrêt. Or, seul le dispositif d'un jugement peut acquérir l'autorité de la chose jugée, et non ses motifs. L'autorité de la chose jugée ne s'étend à ceux-ci que dans la mesure où le dispositif y renvoie expressément et où ils se rapportent à la question litigieuse (ATF 96 I 295 ; Knapp, Précis de droit administratif, 4ème édition, 1991, p. 248 ss. ; Habscheid, droit judiciaire privé suisse, 1981 p. 313 et ss.).

- l'autorité de la chose jugée ne vaut quoi qu'il en soit que pour les moyens que le tribunal pouvait examiner (cf. Knapp, op. cit. p. 251). Or, il apparaît en l'espèce douteux que le TA devait, et même pouvait, à l'occasion d'un recours interjeté pour violation des droits politiques contre un arrêté du Conseil d'Etat fixant la date de l'élection des juges assesseurs au TCAS, contrôler la constitutionnalité de la loi instituant cette juridiction.

- une loi inconstitutionnelle ne saurait être déclarée nulle. Seul, l'acte pris en application de celle-ci est annulable (cf. Jean-François Aubert, Bundesstaatsrecht der Schweiz, vol. I, 1991, p. 178, note 430). Il convient au surplus de relever qu'un tribunal se doit en règle générale d'agir avec retenue, plus particulièrement lorsque les conséquences de l'annulation bouleverseraient tout un régime juridique (ATF 112 Ia 313). Tel est manifestement le cas ici, dès lors que le considérant topique de l'arrêt du TA revient à nier l'existence d'une juridiction qui fonctionne depuis le 1er août 2003 déjà, et dont les juges titulaires, ainsi que les juges suppléants, ont été régulièrement élus.

c) Le TCAS examine d'office sa compétence ; vu l'arrêt du TA du 30 mars 2004 niant jusqu'à son existence, il a également à vérifier la conformité à l'art. 131 Cst GE de la loi l'instituant.

Le TCAS est une juridiction administrative spéciale, en ce sens qu'elle traite du domaine particulier des assurances sociales. Il y a lieu de rappeler que selon l'art.

57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales -LPGA-, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales. Cette disposition légale fédérale oblige les cantons à regrouper tout le contentieux des assurances sociales sous le même toit, contentieux jusque là réparti à Genève entre diverses commissions cantonales de recours et le TA. C'est ainsi pour répondre à l'exigence posée par la loi fédérale que le législateur genevois a créé le TCAS.

Selon l'art. 131 al. 1 Cst GE, « La loi établit des tribunaux permanents pour juger toutes les causes civiles et pénales ; elle en règle le nombre, l'organisation, la juridiction et la compétence ». Lors de la création du TA en 1971, la disposition constitutionnelle a été complétée par un alinéa 2, libellé comme suit : «Un tribunal administratif est institué pour statuer sur les recours de droit administratif dans les cas où la loi le prévoit ».

La Constitution s'interprète selon les mêmes principes que les lois ordinaires. Les règles d'interprétation permettant au juge de dégager le sens d'une disposition sont connues : ce dernier peut recourir à une interprétation littérale, historique, téléologique ou systématique de la norme. Le juge devra partir prioritairement du texte clair de la loi. Le TA, dans son arrêt du 30 mars 2004, a considéré que le texte de l'art. 131 al. 2 Cst GE ne laissait pas de place pour d'autres tribunaux statuant sur les recours de droit administratif ; il a interprété « un tribunal » comme signifiant « un seul tribunal ». Or, l'art. 131 al. 2 Cst GE précise que ce tribunal administratif est institué « dans les cas où la loi le prévoit ». C'est dire que nécessairement le reste du contentieux administratif relève d'autres juridictions. Ainsi l'interprétation littérale permet à elle seule de conclure que le terme « un » doit être qualifié, grammaticalement, d'article indéterminé.

Une telle analyse est du reste confirmée par les interprétations historique et téléologique. Il résulte des travaux préparatoires (Mémorial du Grand Conseil – MGC - 1970, p. 554 ss.) que le législateur en 1970 entendait créer, aux côtés des juridictions civiles et pénales existantes prévues à l'art. 131 al. 1 Cst GE, un tribunal administratif indépendant du pouvoir exécutif. Ce tribunal était destiné à remplacer les autres autorités - Conseil d'Etat, commissions de recours, etc… qui avaient à connaître des recours contre les décisions des départements. Il n'était cependant pas question que ce remplacement soit général, raison pour laquelle ce tribunal s'était vu doté de compétences d'attribution. Il était évident que certaines commissions spéciales devaient subsister, notamment en raison de leur composition particulière (composition paritaire, experts…). Selon le Mémorial du Grand Conseil, p. 557, « dans le système envisagé, le TA, le Conseil d'Etat et les commissions spécialisées dont le maintien aura été décidé, constitueront autant de juridictions administratives distinctes et indépendantes, entre lesquelles se répartiront les compétences ».

Dès le 1er janvier 2000, le TA a été mis au bénéfice d'une clause générale de compétence. Il est ainsi devenu la juridiction administrative supérieure de droit commun (art. 56 A LOJ). A nouveau, le maintien des commissions de recours spéciales a été expressément réaffirmé (MGC 1997, p. 9430). La constitutionnalité de ces juridictions n'a de plus jamais été remise en cause, ni par le TF ni par le TFA. On ne voit pas dans ces conditions ce qui aurait empêché le législateur, quelques années plus tard, de confier la compétence en matière d'assurances sociales, jusque là dévolues à ces commissions de recours, à une juridiction administrative spéciale, le TCAS en l'occurrence.

Si l'on devait suivre l'interprétation du TA dans son arrêt du 30 mars 2004, non seulement le TCAS, mais également toutes les autres commissions de recours spéciales, y compris celles rattachées au TA lui-même seraient inconstitutionnels. Tel n'a manifestement pas été le but visé par le législateur.

Au vu de ce qui précède, la création du TCAS en application de la LPGA est conforme à la Constitution genevoise.

L'élection des juges assesseurs ayant par ailleurs été annulée par le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 27 janvier 2004, le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire permettant au TCAS de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux assesseurs.

2. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique sur les contestations en matière d'AVS-AI… (cf. article 56 V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et est donc applicable au cas d'espèce (cf. art. 2 LPGA et art. 1 LAI).

4. Le Tribunal de céans constate en outre que le recours, interjeté en temps utile, est recevable à la forme, conformément à l'art. 60 LPGA.

5. En l'occurrence, l'OCAI a octroyé à la recourante, par décision du 17 juillet 2000 entrée en force, une rente entière d'invalidité à partir du 1er mai 1998. L'assurée a déposé une demande de reconsidération en octobre 2002, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis 1991. Elle conteste la date de la survenance de l'invalidité retenue par l'intimé et fournit à l'appui de sa demande des certificats médicaux de 1999 et de 2000. L'OCAI a, par décision du 11 février 2003, refusé d'entrer en matière sur cette demande de reconsidération.

Il y a tout d'abord lieu de constater que l'OCAI n'est effectivement pas entré en matière sur la demande de reconsidération de l'assurée ; il n'a procédé à aucune nouvelle mesure d'instruction et s'est borné à constater que la décision avait été rendue sur la base d'expertises probantes et était dès lors bien fondée.

En vertu de l'art 17 LPGA, si le taux d'invalidité de la rente subit une modification notable, le rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. L'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) se réfère également à la révision d'une décision.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 105 V 29). Si les conditions prévues à l'art. 41 aLAI (actuellement art. 17 LPGA) font défaut, la décision de rente ne peut être modifiée que d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à ces règles, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Elle est tenue de le faire si des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, de nature à conduire à une appréciation juridique différente, sont découverts (ATF 110 V 178 consid. 2a, 292 consid. 1 et les arrêts cités). Le juge peut, le cas échéant, confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 110 V 296 ; 106 V 87 consid. 1; 105 V 201 consid. 1 et les arrêts cités).

Toutefois, selon la jurisprudence, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions susmentionnées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 109 V 120, consid. 2a avec références ; RCC 1985 p. 332 ss. et p. 60, consid. 3). L'assuré doit défendre ses droits, en ce qui concerne la décision primitive, en principe par la voie du recours. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération puis statue au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée par la voie d'un recours. Le contrôle juridictionnel dans le procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119

V 479 consid. 1 b/cc ; MEYER-BLASER, Die Bedeutung von Art. 4 Bundesverfassung für das Sozialversicherungsrecht, RDS 111 [1992] II 443 et ss.). Enfin, on rappellera que le juge n'ayant pas la possibilité de contraindre l'administration à réexaminer une décision manifestement inexacte, il n'est pas non plus habilité en l'absence d'une disposition idoine, à lui imposer les modalités d'un tel réexamen, étant toutefois réservé le cas où l'administration procèderait à une reconsidération en adoptant des critères arbitraires (ATFA du 31 mars 1995 en la cause F. ; ATF 117 V 12, consid. 2a ; 119 V p. 184 consid. 3b et p. 186 consid. 4a).

Etant donné que l'OCAI n'est pas entré en matière sur la demande de la recourante et que cette dernière n'a pas de droit judiciairement réalisable à la reconsidération de la décision du 17 juillet 2000, il convient de rejeter son recours.

8. Pour le surplus, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est réglée par le principe inquisitoire (cf. art. 43 LPGA), selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a p. 158; 121 V 204 consid. 6c p. 210 et les références; 117 V 261 consid. 3b p. 263; 282 consid. 4a p. 282; 116 V 23 consid. 3c p. 26; 115 V 133 consid. 8a p. 142 et les références; cf. aussi ATF 119 V 208 consid. 3b p. 211; 347 consid. Ia p. 349). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264 et les références). Les parties sont tenues de collaborer à la constatation des faits dans une procédure qu'elles introduisent elles-mêmes. Lorsque les preuves font défaut ou si l'on ne peut raisonnablement exiger de l'autorité qu'elle les recueille, la règle de l'art. 8 du Code civil suisse - relative au fardeau de la preuve - est applicable. Il en découle que pour les faits constitutifs d'un droit, le fardeau de la preuve incombe au requérant (ATF 112 Ib 65).

En l'occurrence, tous les certificats fournis lors de la demande de reconsidération datent d'avant la décision initiale de l'administration, de sorte que la recourante aurait pu et dû les transmettre en temps voulu, si elle entendait s'en prévaloir. Il ne s'agit en effet pas de moyens de preuve ou de faits nouveaux. Sa demande ne peut donc pas être traitée sous l'angle d'une révision procédurale.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

statuant 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 :	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

La secrétaire-juriste :

Frédérique GLAUSER

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