

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3775/2008

ATAS/1613/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 9 décembre 2009

En la cause

Madame C_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Manuel BOLIVAR

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Olivier
LEVY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____ (ci-après l'assurée), née en 1957, au bénéficiaire d'un certificat de cafetier, a exercé la profession de restauratrice en tant qu'indépendante. Souffrant de lombosciatalgies, l'assurée a été en incapacité de travail à 100 % depuis le 15 novembre 1990.
2. Le 30 décembre 1992, l'assurée a déposée une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).
3. Dans un rapport du 15 avril 1993, le Prof. L _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès de l'Hôpital Beau-Séjour a diagnostiqué une lombosciatique S1 gauche récidivante après interventions chirurgicales à deux reprises en 1987 et 1991. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 15 novembre 1990 dans l'activité exercée, mais un travail léger ou en position assise était éventuellement adapté à l'invalidité. Le médecin a précisé avoir repris l'assurée en traitement pour la soulager en vue d'entreprendre un reclassement professionnel.
4. Dans le cadre de l'enquête économique effectuée le 7 octobre 1993, l'assurée a expliqué qu'elle avait exploité un hôtel et un restaurant. En raison de son incapacité de travail, elle avait engagé deux personnes pour la remplacer. L'exploitation des deux établissements ne s'avérant pas viable, elle avait remis l'entreprise à fin juin 1991.
5. Par décision du 20 octobre 1993, l'OCAI a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 100 % depuis le 15 novembre 1991 et lui a accordé une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} avril 1992, en raison de sa demande tardive.
6. En 1994, une révision du droit à la rente a été effectuée.
7. Par rapport du 4 novembre 1994, le Dr A. L _____ a diagnostiqué des lombosciatalgies S1 gauche, une cervicobrachialite droite ainsi qu'un début de gonarthrose bilatérale. La capacité de travail était nulle et le médecin a observé qu'un reclassement professionnel avait été proposé en avril 1993.
8. Le 25 janvier 1996, l'OCAI a informé l'assurée que le droit à la rente était maintenu.
9. En 2001, l'OCAI a ouvert une nouvelle procédure de révision du droit à la rente.
10. Par rapport du 6 novembre 2001, le Dr L _____ a indiqué que l'état de santé est resté stationnaire, sans changement de diagnostics. L'assurée souffrait de lombalgies et de sciatalgies gauches.

11. Le 13 novembre 2001, l'OCAI a informé l'assurée que son droit à la rente était maintenu.
12. Le 26 janvier 2006, l'OCAI a procédé à une nouvelle révision du dossier de l'assurée, laquelle a indiqué dans un questionnaire daté du 31 janvier 2006 que son état de santé ne s'était pas modifié.
13. La Dresse M_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a mentionné dans son rapport du 23 mars 2006 que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire depuis janvier 2006.
14. Par rapport du 28 avril 2006, le médecin traitant a diagnostiqué des lombosciatalgies S1 à gauche, une hernie discale L5-S1 opérée à deux reprises. L'assurée avait subi une opération pour une hernie inguinale et une plastie abdominale en janvier 2006 et souffrait d'une anémie. L'assuré se plaignait de fatigue. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 15 novembre 1990, pour une durée indéterminée. Les lombosciatalgies gauches rendaient l'exercice de la profession habituelle impossible. Un reclassement professionnel dans un travail de type sédentaire est indiqué, dans une activité ne nécessitant pas la position debout prolongée, ni le port de charges lourdes ou la position assise plus de quatre heures de suite sans possibilité de se lever pour marcher un peu. S'agissant d'une diminution de rendement, la praticienne indique qu'elle ne pouvait répondre à cette question qu'après évaluation des possibilités offertes dans le cadre d'un reclassement professionnel.
15. A la demande de l'OCAI, la Dresse M_____ a précisé dans un rapport du 27 juillet 2006 que la patiente présentait une capacité de travail d'environ 60 % depuis maintenant. L'exigibilité est inférieure à 100 % en raison des dorso-lombalgies quotidiennes, surtout matinales, et la patiente a besoin de beaucoup de temps pour exécuter ses tâches ménagères.
16. Dans un avis du 27 mars 2007, le SMR a indiqué que lors de l'instruction initiale, le médecin avait attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et préconisait des mesures d'orientation professionnelle. Ainsi, une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée est présente depuis toujours. Quant au taux, il proposait de retenir le taux attesté par le médecin traitant, soit 60%.
17. L'OCAI a mis en œuvre une observation professionnelle au Centre d'Intégration Professionnel (CIP) dès le 17 septembre 2007. Dans son rapport du 11 octobre 2007, le CIP relève qu'il n'a pas pu objectiver la possibilité ou l'impossibilité pour l'assurée de réintégrer le monde du travail, le médecin traitant ayant établi un certificat médical dès le deuxième jour du stage. Selon le CIP, dès lors que l'assurée n'a plus occupé un emploi salarié depuis plus de 16 ans, il serait judicieux, dans le cas d'une reprise d'activité, d'envisager un "réentraînement au travail". L'assurée a expliqué que son mari était parti à l'étranger pour son travail et qu'elle effectue

régulièrement les trajets entre la Suisse où habitent ses deux filles et le Liban. Dans l'avenir, elle n'envisage pas de reprendre une activité professionnelle, ce qui l'obligerait à être constamment éloignée de son mari.

18. La division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité qu'elle a fixé à 55 %, pour le cas où l'exigibilité dans une activité adaptée serait toujours de 60 %, et indiqué que des mesures professionnelles doivent en l'état être refusées, compte tenu que l'assurée a clairement indiqué lors du stage professionnel, qu'à l'avenir, essentiellement pour des raisons personnelles et familiales, elle n'envisage pas de reprendre une activité professionnelle.
19. Le 22 avril 2008, la Dresse M_____ répond à l'OCAI que l'assurée souffre de lombalgies chroniques invalidantes depuis de nombreuses années, avec des poussées aiguës surajoutées de façon épisodique. Lors du dernier examen médical, elle présentait une limitation de la marche avec une déambulation antalgique malgré la prise d'analgésiques oraux, une faiblesse musculaire du pied gauche avec diminution de la sensibilité au toucher et une nette limitation des mouvements lombaires, surtout la flexion antérieure et latérale des deux côtés. Elle présente également de façon chronique et par intermittence une anémie qui s'accompagne d'asthénie importante et nécessite l'administration de perfusions intraveineuses de fer plusieurs fois par année. Elle présente en conséquence une limitation fonctionnelle physique due à sa pathologie lombaire et une limitation psychophysique suite aux épisodes d'anémie qui entraînent une fatigue, un manque d'énergie et des difficultés de concentration.
20. Dans un avis du 29 avril 2008, le Dr N_____, médecin auprès du SMR, a indiqué que le rapport du médecin traitant n'apporte aucun élément nouveau par rapport à son appréciation du 27 juillet 2007.
21. Par projet de décision du 10 juillet 2008, l'OCAI a informé l'assurée qu'elle entendait remplacer la rente entière d'invalidité de l'assurée par une demi-rente d'invalidité, au motif que l'assurée est à même de reprendre une activité lucrative à un taux de 60 %, dans le domaine de la restauration ou de l'économie domestique. Après comparaison des gains, son degré d'invalidité s'élève désormais à 55 %, de sorte qu'une demi-rente lui sera servie.
22. L'assurée a contesté le projet, au motif que son état de santé ne s'était pas amélioré au cours des dernières années.
23. Par décision du 17 septembre 2008, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), statuant par voie de révision, a remplacé la rente entière d'invalidité de l'assurée par une demi-rente d'invalidité, au motif que l'assurée est à même de reprendre une activité lucrative à un taux de 60 %, dans le domaine de la restauration ou de l'économie domestique. Après comparaison des gains, son degré

d'invalidité s'élève désormais à 55 %, de sorte qu'une demi-rente lui sera servie. L'OCAI a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

24. Représentée par Me Manuel BOLIVAR, l'assurée interjette recours en date du 20 octobre 2008. Elle sollicite préalablement la restitution de l'effet suspensif, principalement, l'annulation de la décision, et subsidiairement, le renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision après avoir mis en place une expertise médicale. Sur le fond, la recourante fait valoir que son état de santé ne s'est pas modifié, ni sa capacité de travail, et qu'il n'existe aucun motif de reconsidération. Elle fait valoir que son incapacité de travail totale a été attestée par son médecin traitant au moment du stage d'observation professionnelle, que cet avis a été corroboré par le CIP et que son médecin traitant avait précisé que le taux de rendement exigible ne pouvait être estimé que dans le cadre des mesures d'observation (rapport du 28 avril 2008). Sur le plan formel, la recourante relève que selon les termes de la décision, la réduction de la rente se justifie par un motif de révision selon l'art. 17 LPGA. Or, selon la recourante, il n'y avait pas de motif de révision puisque lors de l'octroi initial de la rente, les médecins avaient déjà évoqué le fait qu'un travail léger ou en station assise pouvait éventuellement représenter une activité adaptée à ses atteintes. Selon la recourante, la décision litigieuse constituait en réalité un cas de reconsidération. Or, à son avis, il n'existe aucun motif de reconsidération de la décision d'octroi de rente puisque son médecin traitant et le CIP ont attesté de son incapacité de travail totale. Elle n'est donc pas à même d'exercer une activité lucrative de substitution, de sorte que la décision initiale n'apparaît pas manifestement erronée. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, la recourante fait valoir qu'avant l'octroi de la rente, elle dirigeait un restaurant et un hôtel, de sorte que l'intimé ne pouvait retenir un salaire sans invalidité auquel peuvent prétendre les femmes avec un niveau de qualification 3, soit des connaissances professionnelles spécialisées. Dès lors qu'elle avait une activité de chef d'entreprise dans le domaine de l'hôtellerie-restauration, il convenait de retenir le niveau de qualification 1. S'agissant du salaire avec invalidité, au vu de ses limitations, les branches économiques des industries manufacturières sont exclues, de même que les activités financières et les assurances. Enfin, elle relève que le rapport de réadaptation indique qu'elle n'envisageait pas de reprendre une activité professionnelle car cela l'obligerait à être constamment éloignée de son mari. Or, cette observation ne correspond pas à ses déclarations, dans la mesure où elle avait uniquement indiqué que son état de santé et ses douleurs lui semblaient lui interdire toute reprise d'une activité professionnelle.
25. L'OCAI ne s'est pas déterminé sur la requête en restitution de l'effet suspensif dans le délai imparti par le Tribunal.
26. Par arrêt incident du 10 décembre 2008, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable, rejeté la requête en rétablissement d'effet suspensif et réservé la suite de la procédure (ATAS/1467/2008).

27. Par écriture du 14 janvier 2009, l'intimé conclut au rejet du recours. Il précise qu'au vu des rapports médicaux, rien ne permet de conclure à l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, étant donné que le Dr L_____ avait déjà évoqué dans son rapport du 6 avril 1993 qu'une activité adaptée était envisageable. Cela étant, il existe un motif de reconsidération au sens de l'art. 53 LPGA dans la mesure où la décision d'octroi de rente initiale présente un caractère indubitablement incorrect au vu de l'appréciation du Dr L_____ du 6 avril 1993, laquelle mentionnait déjà qu'une activité adaptée à l'invalidité était éventuellement envisageable en position assise ou en effectuant un travail léger. S'agissant du calcul du degré d'invalidité contesté par la recourante, l'intimé se réfère intégralement au rapport de la réadaptation professionnelle du 9 novembre 2007.
28. Par courrier du 10 février 2009, la recourante fait remarquer que l'intimé avait admis l'absence de motif de révision et invoqué par contre l'existence d'un motif de reconsidération. La recourante sollicite dès lors un délai pour faire valoir sa détermination sur ce point ainsi que le droit de consulter les radiographies réalisées lors de la décision initiale. En outre, elle fait valoir une aggravation de ses douleurs et produit un rapport de radiologie relatif à ses mains daté du 30 septembre 2008, établi par le Dr O_____, spécialiste FMH en radiologie. Il en résulte une déminéralisation péri-articulaire autour des articulations inter-phalangiennes, des tuméfactions focales des parties molles péri-articulaires suggérant une pathologie inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde ?) ainsi qu'un début d'érosion du bord distal et cubital de la 2^{ème} phalange du 3^{ème} rayon de la main gauche. La recourante sollicite également un délai pour verser à la procédure des rapports sur son état de santé.
29. Dans le délai octroyé par le Tribunal de céans pour faire valoir ses observations, la recourante, par écriture du 30 avril 2009, prend acte que de l'avis de l'intimé, il n'existe pas de motif de révision. La recourante explique que compte tenu de cet élément, elle a renoncé à mettre en œuvre une expertise portant sur son état de santé actuel, dès lors cette question n'est plus utile pour la solution du litige. Si par hypothèse, le Tribunal de céans devait considérer que son état de santé est pertinent pour statuer, la recourante offre de prouver par expertise privée et par témoignage que son état de santé au moment de la décision litigieuse lui donne droit à une rente entière. Elle est d'avis que le seul rapport du Dr L_____, duquel il ressort qu'il existait une possibilité incertaine qu'elle puisse exercer une activité de substitution, n'est pas suffisant pour faire apparaître la décision initiale de rente comme sans nul doute erronée. On ne pouvait, à l'époque, exiger d'elle qu'elle exerce une quelconque activité. Pour ces motifs, la recourante persiste dans ses conclusions.
30. Par écriture du 13 mai 2009, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

31. Le 14 octobre 2009, les parties ont été entendues par le Tribunal de céans. L'intimé a expliqué que la diminution de la rente se justifie au regard de la reconsidération de la décision initiale d'octroi de rente, le SMR estimant que la recourante présente une capacité de travail de 60% depuis toujours. L'intimé a expliqué par ailleurs avoir soumis le rapport radiologique du 30 septembre 2008 au SMR. Selon ce dernier, il s'agissait probablement d'une nouvelle atteinte antérieure à la décision. La recourante a quant à elle contesté l'existence d'un motif de reconsidération de la décision initiale d'octroi de rente. Selon elle, le fait que le SMR se prononce sur une nouvelle affection n'est pas pertinent, puisqu'il s'agit de répondre à la question de savoir s'il y a matière à reconsidération ou pas.
32. Le 15 octobre 2009, l'intimé a produit une copie de l'avis établi le 13 octobre 2009 par la Dresse P_____. Cette dernière relève que les images radiologiques des mains de la recourante sont compatibles avec une maladie inflammatoire de type polyarthrite rhumatoïde. Selon la Dresse P_____, il s'agit d'une nouvelle atteinte existant probablement avant la décision litigieuse du 17 septembre 2008, de sorte qu'une instruction complémentaire s'avère nécessaire.
33. Par courrier du 30 octobre 2009, la recourante a persisté dans ses conclusions, rappelant que le rapport du SMR du 13 octobre 2009 n'est pas pertinent pour juger l'existence d'un cas de reconsidération.
34. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Le Tribunal de céans a déjà examiné la question de sa compétence, de la recevabilité du recours et du droit applicable dans l'arrêt incident du 10 décembre 2008, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points (ATAS/1467/2008).
2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à remplacer, par voie de révision ou de reconsidération, la rente entière d'invalidité de la recourante par une demi-rente.
3. En vertu de 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. 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 n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement

dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 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 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). A cet égard, un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 129 V 200, consid. 1.2).

b) D'autre part, le principe général du droit des assurances sociales selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable, a été consacré à l'art. 53 al. 2 LPGA. Selon la jurisprudence, une décision est sans nul doute erronée lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes ou que les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 401 consid. 2b/bb et les références). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (SVR 2006 UV n° 17 p. 60 [U 378/05] consid. 5.3 et les arrêts cités; arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02 consid. 3.2). En effet, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à cette époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389, 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479).

Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b; arrêt non publié du 30 avril 2008 9C_187/2007). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (consid. 1.2 de l'arrêt C. du 17 août 2005, I 545/02, SVR 2006 IV n° 21 p. 75).

4. 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).

En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4). Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire (DTA 2001 p. 169).

5. En l'occurrence, l'intimé ne conteste plus l'absence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Il est néanmoins d'avis que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est de 60% et que cette capacité a toujours existé, de sorte que la décision d'octroi de rente initiale présenterait un caractère indubitablement incorrect, ce que la recourante conteste.

Le Tribunal de céans relèvera que la question de savoir si la décision d'octroi de rente initiale est manifestement inexacte peut rester en l'état ouverte.

En effet, quand bien même le Tribunal aboutirait à la conclusion que la décision initiale est incorrecte, il resterait encore à déterminer le degré d'invalidité que présente la recourante au moment de la décision litigieuse. On rappellera à cet égard que l'on ne saurait supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait (au sens de l'art. 17 LPGA) justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en question soit maintenue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 222/02 du 19 décembre 2002, consid. 5.1). Or, il ressort des pièces versées à la procédure par la recourante que cette dernière présenterait une nouvelle atteinte à la santé, à savoir une maladie inflammatoire de type polyarthrite rhumatoïde aux deux mains (rapport du Dr O _____ du 30 septembre 2008). De surcroît, de l'avis de la Dresse P _____ du SMR, cette

affection est antérieure à la notification de la décision litigieuse, raison pour laquelle une instruction complémentaire s'avère nécessaire (avis du 13 octobre 2009).

Eu égard à cette nouvelle affection, la question de l'étendue de la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée, litigieuse en l'occurrence, n'apparaît pas suffisamment éclaircie, de sorte que le Tribunal de céans ne peut déterminer le taux d'invalidité que présente la recourante à la date déterminante de la décision soumise à recours, si bien que la cause sera renvoyée à l'intimé, à charge pour lui de procéder à un complément d'instruction à cet égard.

6. Le recours sera par conséquent admis et la décision du 17 septembre 2008 annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimé pour instruction médicale complémentaire auprès des médecins consultés par la recourante et, le cas échéant, mise en œuvre d'une expertise confiée à un spécialiste externe, qui sera chargé de se déterminer sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis le 20 octobre 1993, sur sa capacité de travail, ainsi que sur la mesure dans laquelle une activité est exigible de sa part, dans quelles conditions et à quel taux. Cela fait, l'intimé rendra une nouvelle décision sur révision.

La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA). L'intimé, qui succombe, sera condamné à un émolument de 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

Au fond :

1. Admet le recours et annule la décision de l'OCAI du 17 septembre 2008.
2. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
3. Condamne l'OCAI à verser à la recourante la somme de 2'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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