REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/819/2004 **ATAS/638/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème Chambre

du 28 juillet 2005

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Genève, représentée par le Centre social protestant (CSP), dans les bureaux duquel elle fait élection de domicile	recourante

contre

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

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente;
Mesdames Juliana BALDE et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Madame A_____, ressortissante suisse par mariage, née en 1956, a notamment travaillé en qualité d'employée de bureau (service de la comptabilité) à mi-temps jusqu'au 30 novembre 1996.

2. En date du 10 juillet 1996, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une affection pulmonaire.

3. Son médecin-traitant, le Dr B_____, a établi un rapport le 2 octobre 1996 à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). Il a diagnostiqué une tuberculose pulmonaire, un status après pneumonectomie gauche en décembre 1991, des douleurs et une scoliose dorsales, ainsi qu'un status après hémithyroïdectomie gauche en octobre 1995. L'assurée présentait une incapacité totale de travail depuis le 7 août 1995 en raison d'un handicap respiratoire et de lombalgies. Son état de santé était stationnaire.

4. Dans un rapport daté du 18 octobre 1996, le Dr C_____, médecin à la division de pneumologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), a diagnostiqué une insuffisance ventilatoire sévère de type restrictif, un status après pneumonectomie gauche en 1991, des séquelles pulmonaires droites sur tuberculose multirésistante traitée jusqu'en décembre 1993, un status après empyème aspergillaire thoracique gauche, consécutif à la pneumonectomie, des contractures paravertébrales et de la ceinture scapulaire, ainsi qu'une exérèse de goitre multinodulaire et microcarcinome thyroïdien le 30 octobre 1995. La patiente présentait une incapacité totale de travail depuis le 7 août 1995 pour une durée indéterminée et son état de santé était stationnaire. La capacité de travail ne pouvait pas être améliorée, mais « il n'y avait pas de contre-indication dans la profession exercée jusqu'alors ».

5. En date du 22 septembre 1997, l'assurée a été soumise à une enquête économique sur le ménage, pour évaluer ses empêchements dans la tenue du ménage. Il ressortait du rapport que l'assurée présentait un taux d'empêchement de 41%.

6. Par décision du 20 février 1998, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente extraordinaire d'invalidité à partir du 1er août 1996, basée sur un degré d'invalidité de 71%.

7. Dans le cadre d'une procédure de révision ouverte par l'OCAI, le Dr D_____, spécialiste en maladies des poumons, a diagnostiqué une pneumonectomie gauche post-tuberculose en 1991, de l'apnée à l'effort modéré, ainsi que des troubles de la statique dorsale. L'état de santé était stationnaire; il n'y avait pas de changement par rapport aux diagnostics précédents (cf. rapport intermédiaire du Dr D_____ du 2 novembre 2001).

8. Dans un rapport intermédiaire du 8 mars 2002, le Dr E_____ a posé comme diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail celui de status post-pneumonectomie gauche en 1991. L'assurée était suivie à sa consultation pour un microcarcinome (adjectif illisible) de la thyroïde, qui n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. L'évolution était stable, le status non modifié et le pronostic excellent.

9. Dans une attestation établie le 22 avril 2002, le Dr D_____ a indiqué à l'OCAI qu'il lui était difficile d'évaluer la possibilité de la reprise d'une activité. Il a indiqué que les fonctions pulmonaires n'autorisaient qu'un travail statique sans effort, de type secrétariat ou réception, mais que les douleurs dorsales, survenues suite à la pneumonectomie gauche, pourraient être aggravées par ce genre de travail. Le médecin préconisait une réévaluation avec la patiente.

10. Dans un rapport du 16 mai 2002, le Dr B_____ a diagnostiqué un TBC pulmonaire (status après pneumonectomie gauche en décembre 1991), ainsi que des dorsalgies intermittentes. L'hémithyroïdectomie gauche pratiquée en octobre 1995 n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé de l'assurée était stationnaire et elle était toujours dans l'incapacité totale de travailler depuis le 7 août 1995. Ce médecin avait revu à quelques reprises la patiente pour des dysfonctions du dos, qui avaient bien répondu à des thérapies manuelles.

11. Suite à des questions de l'OCAI, le Dr B_____ a relevé, en date du 20 juin 2002, qu'il ne pensait pas que la reprise d'une activité à temps partiel, même légère, puisse être envisagée chez l'assurée. Il n'y avait pas d'élément nouveau depuis l'octroi de la rente d'invalidité et donc pas de raison de modifier sa capacité de travail.

12. En date du 10 décembre 2002, l'assurée a été soumise à une expertise conduite par le Dr F_____, spécialiste en rhumatologie, en médecine physique et réhabilitation, ainsi qu'en médecine manuelle. Dans son rapport du 11 février 2003, l'expert a diagnostiqué des dorsoscapulalgies gauches sur trouble statique (scoliose dorsale à convexité droite), une tuberculose pulmonaire, un status après pneumectomie gauche en 1991, un syndrome mixte obstructif et restrictif modéré, ainsi qu'un status après hémithyroïdectomie gauche en octobre 1995. Les capacités fonctionnelles de la patiente dans une activité de bureau avaient été évaluées en ergothérapie. Il ressortait du rapport d'ergothérapie que l'expertisée était capable de rester en position assise, sans maintien, pendant plus d'une heure. Elle avait pu en effet effectuer toutes les activités de secrétariat qu'on lui avait proposées ; toutefois, certaines activités telles que le port de charges (classeurs) ou les mouvements d'élévation des bras au-dessus des épaules provoquaient des douleurs modérées, ainsi qu'un essoufflement lié aux problèmes pulmonaires. Globalement, une activité de bureau à temps partiel (50% environ), évitant certaines activités contraignantes pour le dos (port de charges), semblait envisageable. L'expert a en

outre relevé que la patiente paraissait déprimée, qu'elle se sentait handicapée et inapte au travail, quelle que fût l'activité proposée.

13. Dans un rapport d'examen du 10 mars 2003, le Service médical régional AI (SMR LEMAN) a estimé, sans examen clinique, que la capacité de travail exigible de la patiente s'élevait à 50% dans une activité adaptée, soit dans l'activité habituelle, avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges, alternance des positions assise et debout, pas de travail au-dessus de l'horizontale. L'assurée présentait principalement des dorso-scapulalgies gauches sur trouble statique avec status post-pneumonectomie gauche en 1991; les pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité étaient un syndrome mixte restrictif et obstructif modéré.

14. Suite à des questions de l'OCAI, les médecins du SMR LEMAN ont relevé qu'ils ne pouvaient attester d'une amélioration nette de l'état de santé de l'assurée ces dernières années. En revanche, il semblait évident que l'évaluation initiale de la capacité de travail avait été sous-estimée. Ainsi, la capacité de travail de 50% était certainement présente depuis la demande de rente d'invalidité, soit en 1996, surtout qu'il s'agissait d'un status cinq ans après l'opération ayant mené à la baisse de la capacité de travail pour atteinte à la santé (courrier du SMR LEMAN du 14 août 2003).

15. Par décision du 21 août 2003, l'OCAI a supprimé, par voie de reconsidération, la rente d'invalidité allouée depuis le 1er août 1996, au motif que le taux d'invalidité retenu initialement n'était manifestement pas conforme à la loi. Il était prévu que la suppression interviendrait dès le 1er jour du 2e mois suivant la notification de la nouvelle décision. L'OCAI s'est notamment référé au rapport du 18 octobre 1996 du Dr C_____, mentionnant qu'il n'existait pas de contre-indication dans la profession habituelle.

16. Par courrier du 1er septembre 2003, l'assurée a formé opposition à cette décision, sollicitant un délai complémentaire afin de pouvoir consulter le dossier.

17. Par courrier du 1er septembre 2003, le Dr C_____ a précisé à l'OCAI que, dans son rapport du 18 octobre 1996, il avait estimé sa patiente totalement incapable de travailler à partir du 7 août 1995. La mention "la profession exercée jusqu'ici n'est pas contre-indiquée" signifiait que cette activité ne présentait pas de risque majeur pour elle, mais n'avait pas trait à la capacité de travail de cette dernière, qui était nulle.

18. Par courrier du 16 septembre 2003, l'assurée a motivé son opposition, se référant aux certificats des différents médecins, qui l'avaient jugée incapable de travailler. Elle a en outre contesté l'expertise effectuée par le Dr F_____, qui ne portait que sur ses atteintes rhumatologiques, n'abordant pas son problème de santé de façon globale. Elle a fait valoir que le test d'ergothérapie - qui avait duré une heure - ne pouvait pas donner de résultats significatifs quant à sa capacité de travail sur

une durée plus longue. De plus, en rentrant à la maison après ce test, elle avait ressenti des douleurs et avait dû s'allonger parce qu'elle était fatiguée physiquement et moralement. Elle a expliqué qu'elle devait assumer quotidiennement un minimum d'activités ménagères légères et ne pouvait cumuler, en plus, une activité professionnelle. Enfin, elle a contesté la reconsidération de la décision initiale, l'erreur qui aurait conduit l'OCAI à retenir une demi-rente d'invalidité n'étant pas manifeste.

19. Par décision sur opposition du 9 mars 2004, l'OCAI a confirmé sa décision de suppression de rente. Il a fait valoir que la situation médicale de l'assurée n'avait pas subi de modification notable depuis 1998, mais que la décision d'octroi d'une rente d'invalidité à partir du 1er août 1996 était erronée. En effet, il apparaissait que les capacités pulmonaires de l'assurée lui permettaient d'effectuer un travail statique sans effort, de type secrétariat ou réception, selon le rapport du Dr D_____ du 22 avril 2002. D'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail dans une activité de bureau s'élevait à environ 50% selon le rapport d'expertise du Dr F_____. En outre, la pneumectomie gauche qui avait entraîné un problème d'insuffisance respiratoire avait été réalisée en 1991. Or, cette atteinte à la santé n'avait pas empêché l'exercice d'une activité lucrative à 50% jusqu'en août 1995. Dès lors, la décision du 20 février 1998 ne reposait pas sur un état de fait suffisamment élucidé. A cette époque, l'OCAI n'avait pas soumis le dossier à son médecin-conseil et n'avait pas non plus cherché à savoir si des mesures d'ordre professionnel étaient vraiment illusoires chez l'assurée alors âgée d'une quarantaine d'année.

20. Par courrier du 22 avril 2004, l'assurée a recouru contre cette décision, concluant à ce qu'il soit constaté que les conditions formelles d'un réexamen de la décision d'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas réunies. Elle conteste la manière dont l'OCAI avait évalué sa capacité de travail, en "saucissonnant" son dossier médical entre plusieurs spécialistes qui, chacun de leur côté, constataient l'existence d'une capacité résiduelle de travail, mais ne la mettaient pas en rapport avec les effets des autres affections dont elle souffrait. Or, elle soutient que le travail que pourrait effectuer habituellement une personne souffrant comme elle d'une grave affection pulmonaire - soit un travail léger en position assise - est précisément contre-indiqué par sa scoliose. Elle conteste également le caractère manifeste de l'erreur dans la décision initiale de l'OCAI et relève qu'une instruction a correctement été menée entre 1996 et 1998. Enfin, elle fait valoir qu'un simple changement d'interprétation des faits de l'administration ne saurait constituer une erreur manifeste, à moins de vider la notion de « force de chose décidée » de sa substance.

21. Par courrier du 6 mai 2004, la recourante a transmis au Tribunal de céans des attestations des Drs B_____ et D_____ des 23 et 26 avril 2004. Le Dr B_____ s'y étonnait de la décision de l'OCAI de supprimer le droit à la rente. Il a relevé que les nombreuses limitations fonctionnelles relevées par l'expert

F_____ rendent la recourante inacceptable pour tout employeur. Quant au Dr D_____, il a rappelé qu'une pneumonectomie restait un handicap respiratoire imposant une limite à l'effort. Il a relevé que, dans son rapport du 22 avril 2002, il avait indiqué que les fonctions pulmonaires de sa patiente lui permettraient sans autre un travail statique sans effort, mais il avait précisé qu'il était important de considérer les autres affections, en particulier les douleurs dorsales. Il fallait selon lui tenir compte de l'ensemble de la situation médicale de la patiente.

22. Dans sa réponse du 24 mai 2004, l'OCAI, concluant au rejet du recours, s'est référé à l'expertise effectuée par le Dr F_____, ainsi qu'aux appréciations émises par le SMR LEMAN. Selon lui, il ressort de ces différents rapports médicaux que la recourante a toujours disposé d'une capacité de travail de l'ordre de 50% dans l'activité qu'elle a exercée jusqu'en 1995.

23. Par courrier du 8 juillet 2004, la recourante a persisté dans ses arguments et ses conclusions.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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'art. 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4

consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'incapacité de travail de la recourante a débuté en 1995, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 9 mars 2004 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les forme et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA est recevable.

5. Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

   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. 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; 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 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). Selon l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Ainsi, si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, 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.

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c; 115 V 314 consid. 4a/cc).

Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, 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 (arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références).

6. Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OCAI (octroi d'une rente entière d'invalidité) peut être réexaminée par la voie de la révision ou par celle de la reconsidération. Pour que l'art. 17 LPGA s'applique, il faut que le taux d'invalidité ait subi une modification notable, après la décision initiale. En l'occurrence, force est de constater que les Drs D_____ (novembre 2001), E_____ (mars 2002), B_____ (mai et juin 2002), ainsi que les médecins du SMR LEMAN (août 2003) ont estimé que l'état de santé de la recourante était stationnaire par rapport à février 1998, date de l'octroi de la rente

d'invalidité. Il est donc à l'évidence impossible de procéder à une révision selon l'art. 17 LPGA.

Reste à établir si la décision initiale de l'OCAI peut être revue par la voie de la reconsidération. Il convient pour ce faire de déterminer si celle-ci était à l'époque manifestement erronée ou pas.

Dans un ATFA non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée.

Dans un ATFA non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ».

En l'occurrence, pour octroyer la rente, l'OCAI s'est basé sur des rapports des Drs B_____ et C_____, qui concluaient tous deux à une incapacité totale de travail depuis le 7 août 1995, ainsi que sur un rapport d'enquête à domicile. Il y a lieu de relever que la mention par le Dr C_____ sur un formulaire pré-imprimé « il n'y a pas de contre-indication dans la profession exercée jusqu'alors » - bien que l'incapacité fut totale - aurait pu faire douter l'OCAI de l'incapacité de l'assurée. Cependant, si l'intimé avait questionné ce médecin, il lui aurait été répondu que cette remarque n'avait pas trait à la capacité de travail de la patiente –laquelle était nulle - mais signifiait que l'activité de bureau ne présentait pas de risque majeur pour elle (cf. courrier du 1er septembre 2003 du Dr C_____). Ainsi, sur la base des deux certificats médicaux concordants - dont l'un émanait de la division de pneumologie des HUG -, et de l'enquête à

domicile, conduite par une infirmière, l'OCAI pouvait légitimement considérer l'assurée comme totalement incapable de travailler dans toute activité. Peut-être aurait-il été opportun, à l'époque, de soumettre la recourante à une expertise médicale. Cependant, en présence de deux rapports médicaux aux conclusions similaires et d'un rapport d'enquête à domicile attestant d'un lourd taux d'empêchements ménagers (41%), l'on ne saurait considérer que l'instruction menée ait été alors lacunaire et que la décision prise fût manifestement erronée.

Ainsi, en l'absence d'un motif de révision ou de reconsidération de la décision du 20 février 1998, la rente d'invalidité accordée à la recourante doit être maintenue.

Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, sera admis.

Enfin, la recourante obtenant gain de cause aura droit à des dépens (art. 61 al. 1 let. d et g LPGA).

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. L'admet.

3. Annule en conséquence les décisions de l'OCAI des 21 août 2003 et 9 mars 2004.

4. Dit que la procédure est gratuite.

5. Condamne l'OCAI à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr.

6. 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
Janine BOFFI	Karine STECK

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 le