

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 août 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Thalmann et Pasche
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

L. _____, à Chavannes-près-Renens, recourante,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1954, mariée, domiciliée à Chavannes-près-Renens, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) le 9 novembre 1995, sollicitant l'octroi d'une rente. Elle y indiquait souffrir d'une maladie "indéterminée" et d'une insuffisance cardiaque depuis 1982.

Cette demande a été rejetée par décision de l'OAI du 26 août 1997, confirmée par jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 30 septembre 1999 (TASS 30 septembre 1999/106). Celui-ci a considéré que les données médicales unanimes, complétées par des mesures d'instruction idoines (production du rapport de la PMU du 8 septembre 1997) permettaient d'exclure toute atteinte à la santé entravant la recourante dans ses tâches ménagères dans une mesure de 40% au moins.

B. L'assurée a déposé une nouvelle demande de rente AI le 19 novembre 2001 à l'appui de laquelle elle faisait état d'une embolie pulmonaire.

Dans un rapport du 18 janvier 2002, le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué que l'assurée le consultait depuis le 19 février 1997, qu'informé de la problématique AI, il avait établi, en novembre 1997, un certificat médical mentionnant qu'une expertise psychiatrique lui paraissait justifiée, qu'un certificat d'arrêt de travail avait été remis à la patiente mentionnant une incapacité depuis juin 2000 et que l'évolution était manifestement défavorable.

Le 22 février 2002, l'assurée, répondant à un questionnaire de l'OAI, a indiqué que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100% comme ouvrière depuis dix ans environ, pour des raisons personnelles et financières.

Dans un second rapport, établi le 25 février 2002, le Dr S._____ a posé les diagnostics suivants: "Etat dépressif chronique moyen. Chondropathie condylienne et rotulienne droite. Troubles statiques cervicaux". Il a fixé à 66% dès juin 2000 et de manière continue le taux d'incapacité de travail de sa patiente.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a établi un rapport d'enquête économique sur le ménage le 6 décembre 2002. Sur la base des indications reçues, il a fixé à 44,5% l'invalidité dans ce domaine.

Par décision du 2 février 2004, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de rente de l'assurée. Il a estimé que l'état de santé de l'intéressée n'avait subi aucune péjoration objective depuis sa précédente décision de refus, confirmée par le Tribunal cantonal des assurances, et qu'elle ne présentait ainsi aucune atteinte susceptible de diminuer de manière notable sa capacité de travail, que ce soit dans l'accomplissement de ses tâches ménagères ou dans l'exercice d'une activité lucrative.

L'assurée a fait opposition à cette décision le 23 février 2004, laquelle a été rejetée par décision sur opposition du 5 novembre 2004.

C. L'assurée a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 16 novembre 2004. Elle a notamment produit un rapport du 17 janvier 2005 du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (ci-après: DUPA) établi suite à des examens cliniques pratiqués les 21 décembre 2004 et 10 janvier 2005. Les Drs A._____, chef de clinique adjointe, et M._____, médecin assistant, ont établi le rapport précité, dans lequel ils ont posé les diagnostics suivants:

"Diagnostic principal

Trouble panique avec agoraphobie F40.1

Trouble obsessionnel compulsif F42

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique F33.11

Trouble somatoforme douloureux F45.4

Diagnostic de comorbidité

Hypertension artérielle
Diabète de type II
Obésité
Céphalées de tension

DD : Migraines
Méniscopepathie du genou droit."

Ils indiquaient que "les symptômes douloureux sont très présents, et ce de longue date, laissant penser qu'un trouble somatoforme douloureux se surajoute à l'épisode dépressif récurrent avec syndrome somatique" et que "les douleurs engendrent non seulement une souffrance significative, mais aussi une altération du fonctionnement, et elles sont résistantes aux traitements médicamenteux et mal localisées malgré leur intensité". Ils ajoutaient que, "d'un point de vue professionnel, il paraît illusoire que Mme L._____ puisse retravailler un jour, non seulement parce qu'elle n'a pas de qualification, mais aussi et surtout parce que les problèmes psychiatriques sont très importants", dans la mesure où "elle est en effet très symptomatique, ce qui altère beaucoup son niveau de fonctionnement".

Le 24 mai 2005, l'OAI a produit un avis médical du Service médical régional (ci-après: SMR) du 18 mai 2005, établi par la Dresse F._____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui estimait que, sur la base des éléments ressortant du dossier, on se dirigeait plutôt vers un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie associé à des symptômes anxieux et dépressifs. Se référant à la jurisprudence (critères de Mosimann), elle estimait qu'on ne trouvait pas de trait prémorbide de la personnalité, pas de comorbidité psychiatrique, pas d'affection corporelle chronique et pas de perte d'intégration sociale; elle précisait que "le caractère chronique s'étend en crescendo sur bientôt une dizaine d'années et les traitements conformes aux règles de l'art échouent systématiquement". En conclusion, elle était d'avis qu'il n'y avait toujours pas d'atteinte psychiatrique à la santé de nature à justifier une incapacité de travail pour des raisons médicales.

Désignée comme expert judiciaire, la Dresse V._____, spécialiste FMH en psychiatrie, a établi son rapport le 17 juillet 2006 dans

lequel elle a posé les diagnostics suivants, selon CIM-10: "Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission F33.4. Personnalité anxieuse (évitante) F60.6. Somatisation F45.0". Elle n'a en revanche pas retenu le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie, dès lors que l'assurée avait relaté au maximum deux courts épisodes d'attaque de panique par mois et d'intensité mineure, ni celui de trouble obsessionnel compulsif, les vérifications faites par l'assurée ne durant pas des heures par jour comme cela est le cas lorsque ce trouble existe. L'expert a constaté que la sociabilité était conservée et que ce n'était que sur son insistance que l'assurée avait évoqué des douleurs rhumatismales aux épaules. En conclusion, elle a relevé que seul le trouble dépressif récurrent (actuellement en rémission) et la personnalité anxieuse, mal compensée, interféraient en partie sur une activité professionnelle, la capacité de travail étant cependant d'au moins 80% dans une activité simple. Elle a indiqué toutefois que le pronostic quant à la reprise d'un emploi était mauvais, en raison des représentations négatives de l'assurée, de la retraite de son mari en mai 2007 et de plusieurs années sans occupation professionnelle, facteurs non médicaux.

Sur la base d'un avis médical SMR du 25 août 2006, l'OAI s'est déterminé le 15 septembre 2006, considérant qu'une capacité de travail totale était exigible de l'assurée, que celle-ci n'avait pas présenté d'incapacité de travail de longue durée par le passé, et qu'elle ne rencontrait pas non plus d'empêchement notable dans l'accomplissement de ses tâches ménagères.

Par jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 30 novembre 2006 (TASS 30 novembre 2006/15), le recours formé par l'assurée a été rejeté et la décision sur opposition rendue le 5 novembre 2004 par l'OAI confirmée. Ce tribunal a notamment considéré ce qui suit:

"[...] En l'occurrence, il est hors de doute que seuls les troubles psychiques sont de nature à justifier une incapacité de travail invalidante au sens de la loi. Aucune des parties n'invoque d'ailleurs des troubles physiques invalidants, dont l'existence avait déjà été exclue par jugement du tribunal de céans du 30 septembre 1999, entré en force.
[...]

c) L'expert a procédé à un examen complet du cas, a entendu la recourante et a eu connaissance de l'ensemble du dossier. Son rapport est cohérent et ne contient pas de contradictions, les diagnostics retenus sont bien étayés et il est manifeste que sa connaissance du dossier a été, par la force des choses, plus complète que celle des praticiens du DUPA. En outre, l'expert expose de manière claire, détaillée et convaincante les raisons qui la [recte: le] font se distancer de l'évaluation de ces derniers s'agissant des diagnostics de trouble panique avec agoraphobie, de trouble obsessionnel compulsif et de trouble somatoforme douloureux, écartant dans ce dernier cas, en se fondant sur les circonstances d'espèce, les critères retenus par le TFA (rappelés au considérant 5b ci-dessus) qui permettent d'admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant.

Compte tenu de ce qui précède, il n'y a aucun motif de s'écarter du rapport d'expertise, qu'il convient de retenir comme ayant valeur probante au regard de la jurisprudence exposée au considérant 6a ci-dessus.

[...]

8. En conséquence, l'incapacité de travail ainsi déterminée n'est pas propre à engendrer une invalidité d'un degré de 40% au moins, seuil requis par l'article 28 alinéa 1^{er} LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20] pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. La recourante ne saurait dès lors prétendre à l'octroi d'une telle rente."

D. Le 19 octobre 2007, l'assurée a recouru auprès du Tribunal fédéral contre le jugement cantonal précité, contestant notamment le bien-fondé du rapport d'expertise établi par la Dresse V. _____ ainsi que l'appréciation de son incapacité de travail fixée à 20% pour des motifs psychiques.

Par arrêt du 30 mai 2008, la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral (TF I 146/2007 du 30 mai 2008) a rejeté le recours de l'assurée en relevant en particulier qu'en l'absence de motifs justifiant objectivement d'admettre le grief de prévention soulevé, l'expertise judiciaire de la Dresse V. _____ remplissait l'ensemble des critères posés pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte que la juridiction précédente était fondée à en suivre les conclusions médicales. Partant la juridiction cantonale était en droit de retenir une incapacité de travail de 20% et d'en tirer les conséquences quant au degré d'invalidité.

E. Le 31 octobre 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente. Dans un certificat médical

du 7 octobre 2008, le Dr Z._____, chef de clinique au Service de rhumatologie et rééducation du [...] ([...]) a posé les affections de lombalgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs étagés, dysbalances musculaires, scoliose et de cervico-brachialgies gauches tout en soulignant que l'assurée présentait des douleurs polyarticulaires dans un contexte de déconditionnement physique et global.

Sur demande de l'OAI, l'assurée a fourni pour justifier sa demande de révision d'invalidité, un courrier du 24 novembre 2008 du Dr Z._____ aux termes duquel il était mentionné que sur le plan purement orthopédique l'incapacité de travail de l'assurée ne devait pas dépasser 20 à 30%. Soulignant qu'il n'avait pas été mandaté dans le but de déterminer une capacité de travail, ce médecin a également indiqué qu'il se trouvait dans l'impossibilité de se prononcer quant à la capacité de travail en soulignant que le médecin traitant (le Dr S._____) était probablement mieux à même de le faire.

Se fondant sur un avis médical SMR du 8 janvier 2009 de la Dresse F._____ constatant d'une part, que l'assurée ne présentait pas les caractéristiques d'un tableau dépressif et d'autre part, que les appréciations diverses concordaient avec les conclusions du SMR, l'OAI a, par projet de décision du 15 janvier 2009, signifié son refus d'entrer en matière sur la demande de prestations. Il a retenu que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis sa précédente demande rejetée par décision du 5 novembre 2004. Une autre appréciation d'un état de fait demeuré inchangé n'étant pas possible.

Par lettre du 27 janvier 2009, l'assurée a fait part de ses objections sur le projet de décision précité. Produisant un certificat médical du 26 janvier 2009 à teneur duquel son médecin traitant (le Dr S._____) attestait une incapacité de travail de 100% à compter du 1^{er} janvier 2007 sans plus amples précisions, l'assurée a demandé le réexamen de son dossier.

Le 3 février 2009, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière qui confirmait l'intégralité de son projet. Dans une lettre d'accompagnement du même jour en faisant partie intégrante, l'OAI a relevé que le certificat médical du 26 janvier 2009 n'attestait aucun diagnostic et ne décrivait pas en quoi l'état de santé s'était modifié.

F. Le 2 mars 2009, L._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus d'entrer en matière rendue le 3 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Concluant implicitement à l'annulation de cette décision de refus, la recourante produit notamment un certificat médical du 3 mars 2009 du Dr S._____, dont le contenu est le suivant:

"A la demande de l'AI, je certifie que Madame L._____, née le [...].1954 est au bénéfice d'une incapacité de travail totale en raison de ses problèmes de santé.

Diagnostics:

- Obésité morbide
- Broncho-pneumopathie obstructive
- Diabète
- HTA
- Hypothyroïdie
- Mutation Leiden hétérozygote
- Trouble panique et obsessionnel
- Trouble dépressif
- Troubles dégénératifs vertébraux étagés
- Status après embolie pulmonaire en 1982
- Status après cholécystectomie
- Incontinence urinaire.

Sans surprise, l'état de santé de Madame L._____ se péjore, ne faisant que confirmer que cette patiente est en incapacité de travailler comme l'ont attesté plusieurs confrères."

Dans sa réponse du 3 juillet 2009, l'OAI propose le rejet du recours. Il considère en substance que tant le certificat médical du 7 octobre 2008 et le courrier médical du 24 novembre 2008 du Dr Z._____ que le certificat médical du 3 mars 2009 du Dr S._____ ne constituent pas des pièces médicales pertinentes rendant plausibles une modification de l'état de santé de la recourante. C'est donc à juste titre que l'intimé n'est pas entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales prévues par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté selon écriture du 2 mars 2009 par L. _____ contre la décision de refus d'entrer en matière rendue le 3 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud de sorte que le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

2. En l'espèce, la recourante a déposé deux demandes de prestations, qui ont été rejetées. La première demande l'a ainsi été par décision du 26 août 1997, confirmée par jugement du Tribunal cantonal du 30 septembre 1999 et la seconde l'a été par décision sur opposition du 5 novembre 2004, confirmée ultérieurement par jugement cantonal du 30 novembre 2006 puis par arrêt fédéral du 30 mai 2008, immédiatement entré en force.

Dans la présente procédure, la recourante conteste un refus de l'OAI d'entrer en matière sur une nouvelle demande déposée le 23 novembre 2008. Il s'agit donc uniquement de déterminer si la recourante a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé.

3. a) Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 III 523 consid. 4.3 et 129 V 1 consid. 1.2).

b) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

L'art. 6 al. 1 LPGA définit la notion d'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. L'art. 6 al. 2 LPGA précisant

qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40 % au moins.

c) Selon l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 4 RAI prévoit que lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. L'exigence ressortant de l'art. 87 al. 3 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande,

l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2).

Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence sont modifiées, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002, consid. 4).

4. En l'occurrence, la procédure administrative décrite ci-avant a été suivie. Suite au dépôt de sa troisième demande de prestations le 23 novembre 2008, la recourante a produit divers certificats ou courriers médicaux. Ainsi dans un certificat médical du 7 octobre 2008, le Dr

Z._____ retient plusieurs diagnostics affectant la recourante. Sur demande de l'intéressée, dans un courrier médical du 24 novembre 2008, ce médecin précise que sur le plan somatique uniquement, l'incapacité de travail ne saurait être supérieure à 20-30%. Le Dr Z._____ relève par ailleurs expressément qu'il ne lui est pas possible de porter une appréciation sur le capacité de travail résiduelle d'un point de vue global. Ce constat s'explique dans la mesure où, comme le relève lui-même ce médecin, il n'a pas pour mandat de déterminer l'incapacité de travail de la recourante.

A l'appui de ses objections du 27 janvier 2009, la recourante a produit un certificat médical du 26 janvier 2009 établi par son médecin traitant, le Dr S._____. Cette pièce médicale se limite à mentionner une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} janvier 2007 sans énoncer quelques autres renseignements ou précisions médicales. Ce certificat ne pose en particulier aucun diagnostic ni ne contient d'appréciation concernant la nature (somatique, psychiatrique, ...) des atteintes à la santé à l'origine de l'incapacité de travail totale rapportée.

S'agissant du certificat médical du 3 mars 2009 établi par le Dr S._____ produit dans le cadre de la présente procédure, il ne peut être pris en considération dans le cadre de la présente procédure dès lors qu'il a été établi ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 3.2).

En définitive, on retient que les certificats ou courriers médicaux présentés devant l'intimé par la recourante à l'appui de sa troisième demande de prestations ne sont pas de nature à rendre plausible une aggravation de l'invalidité ou l'étendue du besoin de soins en découlant qui se serait modifiée de manière à influencer ses droits, soit à lui ouvrir le droit à une rente AI en vertu de l'échelonnement prévu à l'art. 28 al. 2 LAI. Partant, c'est à bon droit que l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 23 novembre 2008.

5. Il s'ensuit que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, la recourante, qui a par ailleurs procédé sans les services d'un avocat, ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision de refus d'entrer en matière rendue le 3 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante L._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- L. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :