

VS_GERICHTE S1 23 171 vom 3. Februar 2026

VS Kantonsgericht, 2026-02-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 23 171](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_23_171)

FR: VS_GERICHTE S1 23 171 du 3 février 2026

IT: VS_GERICHTE S1 23 171 del 3 febbraio 2026

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément. Posté le 16 octobre 2023, le recours à l'encontre de la décision du 15 septembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA]). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

- 10 -

E. 1.2

Au 1er janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). En l'occurrence, si la décision entreprise est postérieure au 1er janvier 2022, le droit potentiel de la recourante à une rente d'invalidité est pour sa part antérieur à cette date (à savoir dès mai 2021 ; art. 29 al. 1 LAI), si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Les dispositions citées ci-après seront donc mentionnées, sauf avis contraire, dans leur teneur au 31 décembre 2021.

E. 2.1

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAI était dans son bon droit en octroyant à la recourante qu'un trois-quarts de rente, basé sur un taux d'invalidité de 63 %, pour la période limitée du 1er mai 2021 au 28 février 2022. En l'absence de conclusions relatives à la décision du 21 septembre 2023 niant à la recourante tout droit à des mesures d'ordre professionnel (reclassement et aide au placement), celle-ci est exclue de l'objet de la présente procédure.

E. 2.2

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

- 11 - L'assuré a droit à une rente si sont reconnues l'existence d'une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année et la présence d'une invalidité de 40 % au terme de cette année dite d'attente (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

E. 2.3

Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-ci est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 132 V 93 consid. 4 et 125 V 256 consid. 4 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM-V (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de

- 12 - procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_670/2020 du 28 juillet 2020 consid. 3.2 et 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2). Même si la jurisprudence a toujours reconnu une valeur probante aux rapports des médecins internes à

une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGa. Le Tribunal devrait accorder entière valeur probante à une telle expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent généralement pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.1.2).

E. 2.4

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en

- 13 - considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références).

E. 2.5

Selon l'article 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Le devoir d'instruction subsiste jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêts du Tribunal fédéral 9C_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3 et 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). L'assureur n'a pas à épuiser toutes les possibilités d'investigations s'il estime, par une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles il a déjà procédé, que certains faits présentent le degré de preuve requis par les circonstances et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 131 I 153 consid. 3 et 124 V 94 consid. 4b ; PIGUET, in : Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2025, no 12 ad art. 43 LPGA). A l'inverse, l'assureur ne peut renoncer à mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires, lorsqu'il apparaît, sur la base du dossier ou des allégations de la

- 14 - personne assurée, que les faits pertinents n'ont pas été établis de manière correcte et complète ou qu'il existe des contradictions insurmontables (ATF 110 V 48 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_794/2016 du 28 avril 2017 consid. 4.2 ; PIGUET, op. cit., no 12 ad art. 43 LPGA).

E. 2.6

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a et la référence).

E. 3

kg de manière répétitive, mais indique qu'au vu de celles-ci et de sa grande fatigabilité, elle ne voit pas quelle activité professionnelle serait exigible d'elle. Quoi qu'en dise la recourante, il convient d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées à ses limitations et accessibles sans aucune formation particulière. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs régulièrement retenu qu'une personne quasi mono-manuelle (avec perte du bras dominant) disposait de possibilités suffisantes sur le marché du travail (arrêts du Tribunal fédéral 8C_724/2012 du 8 janvier 2013 consid. 4.3 et les références, 8C_971/2008 du 23 mars 2009 consid. 4.2.5). Ainsi, le fait pour l'intéressée de prétendre qu'il n'existerait sur le marché du travail aucune activité correspondant à sa situation médicale, personnelle et professionnelle, ne lui est d'aucun secours. Pour rappel, l'évaluation de l'invalidité s'effectue au regard d'un marché équilibré du travail, qui est une notion théorique et

abstraite impliquant notamment un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre ainsi qu'un marché du travail structuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_597/2018 de 18 janvier 2019 consid. 5.2 et les références). Elle ne revient en revanche pas à examiner si un invalide pourrait être placé eu égard aux

- 18 - conditions concrètes du marché du travail – ce qui incombe à l'assurance-chômage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

E. 3.1

En l'espèce, la recourante s'en prend tout d'abord à la valeur probante des avis du SMR, sur lesquels l'OAI s'est essentiellement fondé pour rendre sa décision, et reproche à l'intimé d'avoir manqué à son devoir d'instruction. Elle considère en particulier que ses troubles psychologiques et neuropsychologiques, spécialement ses difficultés de concentration et de gestion du temps, ainsi que ses pertes de mémoire, n'ont pas été suffisamment prises en considération. Plutôt que de rendre une décision sur la seule base de ses troubles physiques à l'épaule droite, l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire afin de traiter son cas au vu de son état de santé global. La recourante ne soulève toutefois aucun argument susceptible de mettre en doute l'appréciation médicale de son état de santé faite par le SMR dans ses rapports successifs (pièces OAI 19, 41, 49 et 59 ; pièce jointe à la réponse du 12 décembre 2023). L'on observe à ce propos que, tout au long de l'instruction médicale, le SMR a analysé les rapports des médecins consultés par l'assurée et a demandé à recevoir le résultat de tous les examens ordonnés par le médecin traitant et les spécialistes. A la requête de la Dresse G _____, l'OAI a notamment demandé des rapports aux deux psychologues qui suivaient l'intéressée, afin d'en savoir plus sur la nature du trouble de l'humeur évoqué par les Drs D _____ et G _____ (pièces OAI 55 et 57). Le SMR a eu à sa disposition l'ensemble du dossier médical de l'assurée et s'est prononcé clairement sur les rapports versés au dossier. La Cour ne voit dès lors aucune raison qui justifierait de s'écarter de l'avis du SMR, lequel est motivé et exempt de contradiction. Aucun reproche ne saurait par ailleurs être émis à l'encontre de l'OAI concernant l'instruction de la présente cause. Comme mentionné au considérant 2.3 ci-dessus, la

- 15 - reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM-V. Or, s'il incombe certes à l'autorité d'instruire le dossier, il n'en demeure pas moins que l'assurée demeure, pour sa part, tenue de collaborer à l'instruction. De ce point de vue, le seul fait qu'elle se plaigne de troubles ayant potentiellement une origine neuropsychologique n'est pas suffisant pour justifier la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire si l'on tient compte du fait qu'aucun médecin consulté n'a rapporté de telles plaintes ou préconisé des recherches en ce sens. Il ressort du dossier que la recourante n'a jamais été suivie par un psychiatre et que ses séances avec des psychologues visaient en premier lieu la gestion de la douleur et la diminution d'un état dépressif et d'un stress persistant, consécutifs à la perte de motricité et d'autonomie en lien avec l'événement du 18 juillet 2019. Les seuls traitements mis en œuvre dans ce cadre étaient de l'homéopathie, des compléments alimentaires et des antidépresseurs à base de plantes. En outre, s'il est vrai que tant la CRR (pièce OAI 61, p. 234 ss) que le Dr C _____ (pièce OAI 43) ont mis en évidence l'incidence des problèmes d'ordre psychiatrique sur la perception de la douleur en lien avec le problème somatique à l'épaule droite, aucun médecin n'a posé le moindre diagnostic précis. Plus encore, les médecins ayant suivi la recourante de près n'ont jamais jugé

nécessaire de l'adresser à un psychiatre, pas plus que les deux psychologues consultés. Le même raisonnement vaut pour les troubles neurologiques rapportés – pour la première fois le 15 décembre 2022 – par l'intéressée, lesquels n'ont jamais été mentionnés par ses médecins traitants dans leurs différents rapports. Au contraire, le Dr C _____ fait état d'une évolution tout à fait favorable « au niveau du cerveau » dans son rapport du 30 octobre 2020 (pièce OAI 77, p. 421 en particulier), appréciation n'ayant jamais été médicalement remise en cause. Le rapport du 5 juin 2023 du Dr I _____ n'est d'aucune aide pour la recourante, dès lors qu'il lui recommande simplement de reprendre un suivi avec un psychiatre ou un psychologue, cette dernière ayant interrompu son précédent suivi psychologique six mois au préalable. Partant, c'est à juste titre que le SMR, respectivement l'OAI, n'a pas jugé utile d'investiguer davantage l'état de santé de l'assurée sous l'angle psychiatrique et neurologique.

E. 3.2

La recourante s'en prend également au degré d'invalidité arrêté par l'intimé, mais ne conteste ni la méthode de calcul utilisée ni les montants retenus à titre de revenus avec et sans invalidité. Elle retient une incapacité de travail et un taux d'invalidité de

- 16 - 80 %, sans toutefois expliquer comment elle est arrivée à ces résultats et sans distinguer clairement ces deux notions.

E. 3.2.1

La Cour considère qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation du SMR s'agissant de la capacité de travail, dans la mesure où les médecins consultés par la recourante, en particulier le Dr D _____, se prononcent uniquement sur la capacité de travail dans l'activité habituelle de brodeuse, pour laquelle l'incapacité de 60 % est admise, mais ne dit mot de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le fait que le Dr I _____ – qui n'aborde d'ailleurs pas expressément cette question – mentionne une difficulté au déshabillage ne permet pas de déduire une quelconque incapacité de travail, d'autant moins dans une activité adaptée. Ainsi, l'avis de la Dresse G _____ n'est véritablement contredit par aucune pièce médicale au dossier, de sorte qu'il n'existe pas de motif de douter de la fiabilité des conclusions du SMR.

E. 3.2.2

En ce qui concerne le calcul du taux d'invalidité, c'est à juste titre que l'OAI a procédé en deux temps pour les périodes avant et après le 16 novembre 2021, date à partir de laquelle l'exercice à 100 %, avec un rendement normal, de n'importe quelle activité légère et adaptée à l'état de santé de la recourante était exigible. Selon la jurisprudence, lorsqu'il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les deux revenus provenant d'une activité lucrative, il faut appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (ATF 128 V 30 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_283/2018 du 7 décembre 2018 consid. 4.2.1 et les références). Tel est le cas en l'espèce. En effet, il ressort notamment du rapport établi par l'enquêteur (pièce OAI 69) que la situation de la société de la recourante était trop instable, en raison notamment des différences significatives entre les revenus annoncés pour les années précédentes et du fort impact que la crise du Covid-19 avait eu sur l'activité déployée, pour que l'on puisse se fonder sur ses résultats pour estimer l'incidence de l'état de santé de l'assurée sur le chiffre d'affaires. L'OAI était donc fondé à appliquer la méthode extraordinaire de comparaison des revenus pour la période où seule une capacité de travail de 40 % était reconnue dans l'activité habituelle, la méthode générale de

comparaison des revenus étant applicable pour la suite. Les calculs – non contestés – de l'OAI ne prêtant pas le flanc à la critique, il convient d'y renvoyer. Seul l'abattement pourrait être discuté, la jurisprudence du Tribunal fédéral admettant en principe un abattement de 20 à 25 % sur les données salariales de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans le cas d'un assuré ne pouvant exercer qu'une activité mono-manuelle, ou d'une personne privée de l'usage de sa main

- 17 - dominante (arrêts du Tribunal fédéral 9C_649/2018 du 15 janvier 2019 consid. 4.4 et 8C_58/2018 du 7 août 2018 consid. 5.3 et les références). Toutefois, même en appliquant l'abattement maximum de 25 %, le taux d'invalidité de la recourante reste inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité (salaire ESS 2020 valeur centrale tâches simples femme [4276 fr.] après adaptation à l'horaire de travail hebdomadaire usuel dans les entreprises [41.7 heures] et à l'évolution pour l'année 2021 [-0.20 %] = 4448 fr. 82, soit 53'385 fr. 84 pour l'année ; moins l'abattement de 25 % = 40'039.38 ; perte de capacité de gain = 25'267 fr. 62 ; degré d'invalidité = $25'267.62 \div 65'307 \times 100 = 38.69 \%$). C'est ainsi avec raison que l'intimé a reconnu le droit à un trois-quarts de rente à la recourante qu'à partir du 1er mai 2021, soit six mois après la demande tardive de prestations au sens de l'article 29 alinéa 1 LAI du 26 novembre 2020. De même, le droit à ladite rente a effectivement pris fin le 28 février 2022, soit trois mois après la date à partir de laquelle une pleine capacité de travail sans baisse de rendement était médicalement reconnue, en l'espèce le 16 novembre 2021 (art. 88a al. 1 RAI).

E. 3.2.3

Enfin, la recourante ne conteste pas les limitations fonctionnelles retenues, à savoir une activité essentiellement mono-manuelle gauche voire bi-manuelle en appui des avant-bras, surtout en-dessous de l'horizontale et sans port de charges de plus 2-

E. 3.3

Dans ces conditions, l'OAI était en droit d'octroyer à la recourante un trois-quarts de rente d'invalidité limité à la période du 1er mai 2021 au 28 février 2022.

E. 4.1

En tous points mal fondé, le recours du 16 octobre 2023 doit être rejeté et la décision du 15 septembre précédent confirmée.

E. 4.2

Eu égard à ce qui précède, il n'y a pas lieu d'administrer d'autres moyens de preuves, à l'instar de l'expertise pluridisciplinaire requise par la recourante. Il ne sera pas non plus procédé à son propre interrogatoire, l'intéressée ayant eu l'occasion de faire valoir céans par écrit son point de vue, de sorte que la Cour ne voit pas quels faits nouveaux et pertinents cela permettrait d'établir. Il est rappelé que le droit d'être entendu, tel que garanti par l'article 29 alinéa 2 Cst., ne comprend pas le droit absolu d'être entendu oralement (ATF 140 I 68 consid. 9.6.1 ; sur l'appréciation anticipée des moyens de preuve en général : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 140 I 285 consid. 6.3.1, 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

E. 5

Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont mis à charge de la recourante et prélevés sur l'avance déjà versée (art.

69 al. 1bis LAI). Eu égard à l'issue de la cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario et 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____. 3. Il n'est pas alloué de dépens. Sion, le 3 février 2026

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.