

S3 16 83

JUGEMENT DU 19 MAI 2017

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et
Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière

en la cause

X_____, recourant, représenté par Maître M_____

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(art. 44 LPGA ; principes posés pour la mise en œuvre d'une expertise
médicale indépendante en procédure d'assurance-invalidité)

Faits

A. Le 4 octobre 2007, X_____, né le xxx 1956, gérant et employé à plein temps du fitness A_____ Sàrl, a déclaré à son assurance-accidents obligatoire B_____ SA que le 3 septembre 2007, en quittant le fitness, il était tombé dans les escaliers et s'était blessé aux genoux.

En date du 2 juin 2008, le Dr C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a établi un rapport à l'attention de B_____ SA. Il a posé les diagnostics de status après lésion de la corne postérieure du ménisque interne des deux genoux le 3 septembre 2007, avec débridement arthroscopique partiel du ménisque interne gauche le 25 octobre 2007 et droit le 28 novembre 2007, de status après chauffage du ligament croisé antérieur du genou gauche le 24 octobre 2007 et de raccourcissement des ischio-jambiers des deux côtés. Il a retenu une incapacité de travail de 30% en tant que responsable de fitness et de 0% dans toute autre activité ne nécessitant pas l'utilisation en force des membres inférieurs, tel que celle apprise d'employé de commerce.

Par décision du 12 novembre 2008, B_____ SA a mis fin au versement des indemnités journalières au 12 février 2009, au motif qu'une pleine capacité de travail dans une activité exigible était reconnue à l'assuré.

Le 21 janvier 2009, X_____ a déposé une demande de prestations AI. Il a indiqué être titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employé de commerce, avoir subi des lésions aux deux genoux et être en incapacité de travail depuis le 23 octobre 2007.

Dans son rapport du 3 février 2009, le Dr D_____ a mentionné, à titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail, des gonalgies surtout à gauche, après ménissectomie interne des deux côtés et opération du ligament croisé antérieur en 2007, ainsi que des incapacités de travail de 100% du 23 octobre au 11 décembre 2007, de 80% du 12 décembre 2007 au 4 novembre 2008 puis de 50% dès le 5 novembre 2008. Il a ajouté que le patient était réticent à envisager une nouvelle opération pour pallier l'insuffisance du ligament croisé antérieur, que la profession d'instructeur de fitness ne pouvait plus être exercée à l'heure actuelle et qu'une réadaptation professionnelle était envisageable.

Des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une formation par correspondance dans le domaine de la nutrition ont été prises en charge par l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : l'Office AI) du 13 mars 2009 au 24 janvier 2010, mesures interrompues le 3 novembre 2009.

Par courrier du 20 avril 2009, X_____, représenté par E_____ Société d'Assurances de Protection juridique, a demandé à B_____ SA la prise en charge d'une intervention chirurgicale tendant à remplacer le ligament croisé antérieur.

Le Dr F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a réalisé une expertise sur mandat de B_____ SA. Il a retenu, dans son rapport du 19 juin 2009, les diagnostics de syndrome irritatif L5 du membre inférieur gauche, de troubles dégénératifs débutants modérés des deux hanches, un peu plus marqués à gauche et de résection de la corne postérieure du ménisque interne droit et gauche et « schrinking » du ligament croisé antérieur gauche. Il a conclu que la symptomatologie actuelle était clairement un syndrome irritatif L5 gauche et non pas une pathologie du genou gauche, lequel était sec, stable et ne présentait aucun signe de laxité, que le statu quo sine était atteint à la date de son examen d'expertise du 9 juin 2009 mais qu'il y avait lieu de procéder à des investigations concernant le syndrome irritatif L5 gauche qui n'était pas en relation avec l'événement du 3 septembre 2007.

B_____ SA a nié, par décision du 18 août 2009, tout droit aux prestations légales dès le 10 juin 2009.

Une IRM lombaire du 1^{er} juillet 2009 a montré une discopathie étagée, sous la forme de protrusion discale et d'hernie discale en L5-S1 paramédiane gauche refoulant postérieurement la racine S1 gauche.

Le 17 décembre 2009, le Dr D_____ a précisé que la situation relative aux genoux n'avait pas changé, que son patient souffrait d'un état dépressif réactionnel sur trouble adaptatif traité par antidépresseur et que les incapacités de travail étaient de 100% du 1^{er} juin au 6 octobre 2009, de 80% du 7 octobre au 16 décembre 2009 puis de 50% dès le 17 décembre 2009.

Mandaté par E_____ Protection juridique SA, le Prof. G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique à H_____, a établi un rapport d'expertise le 7 janvier 2010. Il a posé les diagnostics d'instabilité de rotation antéro-médiale du genou gauche avec laxité latérale importante, de position fonctionnelle en varus de l'axe de la jambe gauche et de syndrome de compression en L5, peut-être également en S1, avec de

légers déficits sensibles et moteurs. Il a recommandé une ostéotomie de la tête du tibia gauche en valgus médial et conclu que les troubles persistants du genou gauche étaient liés, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident du 3 septembre 2007, que la capacité de travail dans l'activité d'employé de commerce n'était certainement pas limitée mais qu'elle l'était dans la profession d'instructeur de fitness et d'entraîneur personnel.

I_____ SA, assurance d'indemnités journalières selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA) (pièce 363), a sollicité une expertise du Dr J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le 27 avril 2010, le Dr J_____ n'a pas rapporté de diagnostic incapacitant et a mentionné les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F43.23) et de personnalité avec des traits narcissiques accentués. Il a expliqué que le trouble de l'adaptation s'était installé en été 2009 à la suite d'une longue procédure judiciaire contre le bailleur des locaux du fitness, qu'il était à l'origine de l'incapacité de travail attestée depuis lors et que d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail était de 50% depuis le début du mois de janvier 2010 dans l'emploi actuel d'instructeur de fitness et de 100% dès le 1^{er} mai 2010 au plus tard, également dans toute activité du marché du travail correspondant à l'âge et à la formation de l'assuré. L'expert a précisé enfin qu'en l'absence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, il ne lui avait pas semblé utile de répondre aux questions y relatives.

I_____ SA a informé X_____ par lettre du 29 avril 2010 qu'elle mettait un terme, à compter du 1^{er} mai 2010, à la prise en charge de l'incapacité de travail commencée le 1^{er} juin 2009.

X_____ a été examiné le 15 juin 2010 par le Dr K_____, psychiatre et psychothérapeute auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans son rapport du 21 juin 2010, ce spécialiste n'a pas retenu de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Il a ajouté que d'un point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle.

Par décision du 15 octobre 2010, B_____ SA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 18 août 2009. Cette décision sur opposition est demeurée incontestée.

Une IRM cervico-dorsale effectuée le 10 décembre 2010 a mis en évidence de très fortes modifications arthrosiques, une protrusion disco-ostéophytaire au niveau C5-C6 et des modifications avec discopathie et uncarthrose sur plusieurs niveaux.

Par communications des 30 septembre 2010, 22 décembre 2010, 31 mai 2011, 31 août 2011 et 24 octobre 2011, l'Office AI a informé l'assuré qu'il avait droit à des mesures professionnelles et qu'un réentraînement au travail auprès de la section « bureau et commerce » du Centre L_____, un stage au sein de N_____ ainsi que des cours d'informatique et de comptabilité allaient être pris en charge du 4 octobre au 24 décembre 2010 puis du 10 janvier au 31 décembre 2011.

Dans le rapport final portant sur les mesures professionnelles, daté du 21 décembre 2011, il a été constaté que X_____ s'était bien investi dans ces mesures, qu'un engagement auprès du club ne s'était finalement pas concrétisé, que dans une activité d'employé de commerce permettant l'alternance des positions, l'assuré pouvait œuvrer sans limitation et gagner un salaire statistique correspondant, qu'il avait droit à l'aide au placement et qu'il s'était inscrit auprès de l'assurance-chômage pour le 1^{er} janvier 2012.

Des signes de tendinopathie mineure du sous-scapulaire et modérée du sus-épineux ainsi que d'une insertionite du sus-épineux au niveau du trochiter et une arthrose acromio-claviculaire ont été révélés par l'IRM de l'épaule droite pratiquée le 1^{er} décembre 2011.

Le 30 janvier 2012, le Dr D_____ a rapporté les diagnostics incapacitants de lombalgie sur discopathie étagée et hernie discale en L5 et S1, de tendinopathie de la coiffe droite et de cervicalgie sur discopathie étagée et hernie discale surtout en C5 et C6. Il a précisé qu'une réadaptation professionnelle était envisageable à 100% dans une activité non statique et sans charge.

Par décisions du 20 février 2012, l'Office AI a mis un terme aux mesures de réentraînement au travail, octroyé une aide au placement selon l'article 18 LAI (pièce 188) et nié tout droit à une rente d'invalidité.

En date du 28 juin 2012, X_____ a signé avec la société O_____ AG un contrat de travail valable dès le 1^{er} juillet suivant en tant que conseiller externe à la clientèle à raison de quarante-deux heures par semaine, pour un salaire mensuel fixe de 2200 fr. et des provisions en sus.

Le mandat d'aide au placement a été classé le 22 octobre 2012.

B. Par courrier du 27 janvier 2014, X_____ a sollicité une aide au placement de l'Office AI, en indiquant que, pour des raisons de santé, il avait dû résilier ses rapports de travail avec O_____ AG.

L'Office AI a refusé l'octroi de cette prestation par communication du 30 janvier suivant, en rappelant la pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité relevant d'une autre profession que celle, habituelle, de gérant de fitness.

Le 16 novembre 2014, X_____ a déposé une demande de prestations AI pour adultes, en mentionnant être en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} août précédent, avoir subi une opération de pose de prothèses cervicales et souffrir de dépression.

Dans un rapport du 1^{er} décembre 2014, le Dr D_____ a posé les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de status après discectomie en C5-C6 et C6-C7, pratiquée le 2 octobre précédent par le Dr P_____, spécialiste en neurochirurgie au Centre Q_____, et d'état dépressif chronique. Il a ajouté que l'incapacité totale de travail depuis le 1^{er} août 2014 se poursuivait.

En date du 8 décembre 2014, le Dr P_____ a précisé que la capacité de travail était nulle à l'heure actuelle, qu'il était encore trop tôt pour se prononcer sur la capacité de travail à long terme et que les restrictions étaient les suivantes : port de charges limité à cinq kilos, changements de position fréquents, position assise continue limitée à deux heures, position debout statique limitée à deux heures, pas de flexions ni d'extensions répétées de la nuque.

Ce même médecin a mentionné, dans un rapport adressé le 8 janvier 2015 à E_____ SA, assurance pour la perte de gain en cas de maladie, le diagnostic d'arthrose et de myélopathie en C5-C6-C7 avec opération le 2 octobre 2014, une incapacité totale de travail depuis cette date et un traitement en cours. Dans un certificat d'arrêt de travail de la même date, il a fixé la reprise du travail à 50% dès le 15 février 2015.

Le Dr D_____ a rapporté à cette assurance, le 9 juillet 2015, que l'évolution cervicale restait difficile, que l'augmentation des douleurs lombaires avait nécessité des infiltrations facettaires au Centre Q_____ et que l'incapacité de travail était de 50% du 15 février au 31 mars 2015 puis de 100% dès le 1^{er} avril 2015.

Le Dr R_____, spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport, a transmis un rapport d'expertise à E_____ SA le 30 septembre 2015 (pièce 373-6). Ce spécialiste a précisé qu'il avait examiné X_____ la veille et que celui-ci lui avait indiqué pratiquer quotidiennement du fitness et de la marche et avoir bénéficié d'un suivi psychologique durant six mois, à la suite de sa démission de son poste auprès de la société O_____ AG à la fin 2013. Le Dr R_____ a ajouté que l'expertisé avait évoqué des douleurs musculo-squelettiques globales, diffuses et fluctuantes à la nuque, aux épaules, aux membres supérieurs surtout du côté droit, au bas du dos, aux fesses, aux péri-hanches, aux membres inférieurs particulièrement à gauche et aux genoux, qu'il n'y avait pas de signe de non-organicité de la douleur selon Waddell, que les points de contrôle de la fibromyalgie étaient négatifs et que la trophicité musculaire était excellente. Il a mentionné en outre que X_____ s'était souvenu d'avoir consulté un neurologue à Sierre à la fin de l'année 2013, que ce confrère avait pu écarter un syndrome de tunnel carpien à l'origine des symptômes neuro-paresthésiques se diffusant au membre supérieur droit, qu'il avait eu la conviction que le problème était plutôt d'ordre cervical et que le patient avait ensuite été adressé au Dr P_____, neurochirurgien. L'expert a relevé que les radiographies de la colonne cervicale effectuées le 6 octobre 2014 de face, de profil et en dynamique avaient montré une prothèse discale en C5-C6 et C6-C7 en place, sans instabilité manifeste et que l'IRM lombaire du 13 avril 2015 avait mis en évidence une hernie discale médiane paramédiane gauche en L2-L3, un discret rétrécissement canalaire en L4-L5 sur arthrose facettaire et une hernie discale paramédiane gauche en L5-S1, assortie d'une arthrose facettaire de ce niveau.

Le Dr R_____ a posé les diagnostics de cervico-brachialgies, de lombosciatalgies, de troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire ainsi que de discectomie et prothèse discale de C5-C6 et C6-C7 le 2 octobre 2014. Il a rapporté qu'à l'examen clinique, des restrictions de la mobilité cervicale étaient retrouvées dans tous les plans, que les réflexes ostéo-tendineux étaient vifs et symétriques et qu'il n'y avait pas de limitation manifeste de la mobilité tronculaire, ni d'altération de la force et de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, ni d'arthrite, ni de synovite, ni de syndrome irritatif des membres, ni de trouble de la sensibilité. Il en a déduit qu'il n'avait pas d'explication objective aux nombreuses douleurs musculo-squelettiques périphériques alléguées dans le cadre d'un examen relativement rassurant, sans limitation fonctionnelle manifeste, en soulignant que cet examen comme l'anamnèse ne permettait toutefois pas de retenir un syndrome douloureux chronicisé chez un assuré relativement actif physiquement, pratiquant encore le fitness, la gymnastique et

la marche, ne prenant aucune médication antalgique majeure hormis du Dafalgan® en réserve et n'ayant aucune restriction médicale pour la conduite d'un véhicule. L'expert a conclu que d'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'intéressé était de 50% dans son activité de commercial, compte tenu de la conduite régulière d'un véhicule, et de 70% dans une activité légère autorisant l'alternance des positions assise et debout deux fois par heure et excluant le port de charges au-delà de dix kilos, les mouvements brusques et répétitifs de la nuque, le travail en hauteur ou soumis à des vibrations, la posture statique prolongée de la nuque au-delà d'une trentaine de minutes et les mouvements répétitifs avec le rachis en porte à faux, cette capacité réduite permettant de tenir compte de la baisse de rendement liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le haut du corps et à la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Il a répondu enfin que des mesures de réinsertion de l'assurance-invalidité lui semblaient compatibles avec l'état de santé de l'assuré, bénéfiques mais peu susceptibles d'aboutir à un projet concret, principalement en raison de l'intensité de la symptomatologie douloureuse au niveau du squelette tant axial que périphérique qui constituait un élément subjectif non pertinent pour apprécier objectivement la capacité de travail.

Par courrier du 10 décembre 2015, E_____ SA a informé X_____ que, conformément à l'avis du Dr R_____, une capacité de travail de 50% dans l'activité actuelle allait être retenue dès le 1^{er} janvier 2016.

Le Dr U_____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation au SMR, s'est référé, dans son appréciation finale du 4 janvier 2016, au rapport du Dr R_____. Il a relevé que les plaintes étaient diffuses et mal systématisées, que l'assuré avait essentiellement fait état de lombo-sciatalgies et de cervico-brachialgies, voire de douleurs musculo-squelettiques généralisées sans anomalies neurologiques objectivées, que le tableau clinique pouvait partiellement être expliqué par les anomalies dégénératives lombaires et par les séquelles de l'opération cervicale, que le patient ne se plaignait plus de ses genoux et que le status était normal à ce niveau. Il a rappelé également que selon l'expert, la dernière activité exercée était exigible à 50% seulement, en raison des fréquents déplacements en voiture, mais que la capacité de travail était de 70% dans une activité adaptée à la pathologie rachidienne, permettant l'alternance des positions de travail et évitant les travaux lourds, le port de charges de plus de dix kilos ainsi que les postures non ergonomiques pour la colonne cervicale et lombaire.

En date du 28 janvier 2016, le Dr D_____ a écrit à Me M_____, mandataire de l'assuré, que celui-ci souffrait de cervicalgies sur trouble somatoforme douloureux malgré la pose de deux prothèses discales, de lombalgies importantes sur hernie discale, de coxarthroses, de gonarthroses et d'un état dépressif sur trouble adaptatif et que la capacité de travail était de 40% à cause de ces différentes atteintes, voire de 0% compte tenu de l'état dépressif.

Le Dr R_____ a répondu le 7 mars suivant à E_____ SA que l'examen d'expertise avait permis de vérifier la normalité de la fonction des hanches et des genoux, que le Dr D_____ avait fait état des mêmes diagnostics que lui concernant le rachis et que ce courrier du 28 janvier 2016 ne comportait aucun élément ostéo-articulaire établissant objectivement une aggravation de l'état de santé, susceptible de modifier les diagnostics et la capacité de travail retenus dans son rapport d'expertise. Il a ajouté que l'état dépressif sur trouble adaptatif signalé par le Dr D_____ constituait une comorbidité psychologique dépassant le domaine de compétence de l'expert rhumatologue.

Le 11 avril 2016, l'Office AI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle sous forme d'une évaluation, du 18 avril au 1^{er} mai suivant, des compétences commerciales de celui-ci (pièce 277) puis, le 12 mai 2016, un reclassement sous la forme d'un réentraînement dans la profession d'employé de commerce, tout d'abord par le biais de cours d'informatique.

Dans une lettre adressée le 17 mai 2016 au Dr D_____, E_____ SA a précisé que le courrier du 28 janvier 2018 avait été soumis au Dr R_____, que cet expert avait maintenu la capacité de travail de 50%, qu'il ne s'était pas prononcé sur l'état dépressif mentionné faute de compétence, qu'une nouvelle expertise ne se justifiait pas compte tenu de l'échéance le 6 juin suivant du droit aux prestations et que X_____ allait ainsi être indemnisé à 100% dès le 1^{er} janvier 2016.

Le Dr U_____ a précisé, dans son avis du 25 juillet 2016, que le Dr R_____ n'avait constaté aucune anomalie clinique des hanches et des genoux chez un assuré qui ne s'était plaint que de son dos, que le Dr D_____ avait exprimé le 28 janvier 2016 une opinion totalement différente au sujet de la capacité de travail exigible face à un tableau clinique somatique inchangé mais que l'influence sur cette capacité de l'état dépressif évoqué par le médecin traitant devait être déterminée au moyen d'une expertise psychiatrique.

Dans un rapport final du 22 août 2016, le Service de réadaptation de l'Office AI a mentionné que le premier volet de la mesure de réentraînement au travail s'était terminé le 21 août 2016 à la fin des cours d'informatique, que le second volet relatif à la pratique commerciale en entreprise n'avait pu avoir lieu car l'assuré avait contesté la capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, que le poste de travail aurait pourtant été dûment aménagé en fonction des limitations fonctionnelles via une chaise ergonomique et un bureau réglable notamment, que les conditions subjectives au reclassement n'étaient donc pas remplies à l'heure actuelle et que le mandat de réadaptation allait être clos, dans l'attente des conclusions de l'expertise préconisée. Ce service a ajouté qu'en l'état actuel de ses connaissances commerciales, l'assuré pouvait au mieux assumer une activité d'assistant de bureau, soit des tâches administratives simples et que les activités professionnelles possibles sans formation correspondaient par exemple à celles d'ouvrier de montage en milieu industriel, d'ouvrier de contrôle de la qualité sur une chaîne production industrielle ou d'ouvrier de conditionnement d'objets tels que des médicaments ou des produits de beauté.

C. Le 1^{er} septembre 2016, l'Office AI a informé X_____ qu'une expertise monodisciplinaire avait été confiée au Dr S_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et lui a donné la possibilité de formuler des motifs de récusation à l'encontre de cet expert ainsi que des questions supplémentaires.

Par courrier du 20 septembre 2016, X_____ a sollicité la transformation de l'expertise ordonnée en une expertise pluridisciplinaire, en estimant qu'une expertise physique s'imposait en raison de ses douleurs aux chevilles, aux genoux, aux hanches et aux bras, des hernies discales et des atteintes cervicales ayant nécessité la pose de prothèses, lesquelles l'empêchaient de rester assis et de travailler à l'ordinateur plus d'une heure. Il a formellement requis la mise en œuvre d'une telle expertise et, en cas de refus, le prononcé d'une décision.

L'Office AI ayant demandé à l'assuré, le 29 septembre suivant, une procuration en faveur de Me M_____, celui-ci l'a lui a faite parvenir par lettre du 6 octobre 2016, en mettant dit office formellement en demeure de donner suite, dans un unique délai de dix jours, aux demandes formulées.

Par décision incidente du 12 octobre 2016, l'Office AI a maintenu le mandat d'expertise confié le 1^{er} septembre 2016 au Dr S_____ et rejeté « la demande de récusation » des 20 septembre et 6 octobre 2016. Il s'est référé aux principes posés par l'ATF 139 V 349 ainsi qu'aux modalités d'attribution des expertises monodisciplinaires

et bidisciplinaires décrites, conformément à ces principes, aux chiffres 2083 et 2084 de la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI). Il a relevé qu'au vu de l'expertise rhumatologique du Dr R_____, des avis émis les 4 janvier et 25 juillet 2016 par le spécialiste en rhumatologie du SMR et de l'absence de nouvel élément médical susceptible de remettre ces appréciations en cause, une nouvelle expertise somatique était inutile et superflue. Il a constaté au surplus qu'aucune circonstance spécifique permettant de douter de l'impartialité et de l'objectivité du Dr S_____ n'avait été invoquée. Rendant l'assuré attentif à la teneur de l'article 43 alinéa 3 LPGA, l'Office AI lui a demandé de se soumettre à l'expertise confiée à ce médecin.

D. Le 14 novembre 2016, X_____ a interjeté recours céans contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à la constatation de la violation par l'Office AI de l'article 29 de la Constitution fédérale et du principe de célérité de la procédure, à l'annulation de la décision querellée et à la mise en œuvre d'une expertise somatique indépendante. Le recourant a précisé tout d'abord que les objections formulées dans ses courriers des 20 septembre et 6 octobre 2016 ne constituaient pas des motifs formels de récusation à l'encontre de l'expert choisi et que l'impartialité, l'objectivité et les compétences du Dr S_____ n'avaient pas été remises en question, en ajoutant qu'il ne contestait pas la nécessité d'une expertise psychiatrique et qu'il était disposé à se soumettre à celle confiée à ce spécialiste. Il a fait valoir qu'en revanche, ses troubles physiques, soit ses douleurs aux chevilles, aux genoux, aux hanches et aux bras, ses hernies discales ainsi que ses problèmes cervicaux, justifiaient la mise en œuvre, en sus, d'une expertise somatique afin d'évaluer sa réelle capacité de travail. Il a souligné à cet égard que l'expertise du Dr R_____ avait été requise par E_____ SA pour mettre un terme aux prestations allouées, que cette assurance avait par la suite décidé de verser les prestations fondées sur une incapacité de travail de 100% jusqu'à leur terme, reniant ainsi l'avis du Dr R_____, que l'Office AI ne pouvait donc considérer cette appréciation comme déterminante et suffisante, que les rapports du Dr U_____, peu motivés, reprenaient simplement les conclusions du Dr R_____ et que l'Office AI devait ainsi diligenter une expertise bidisciplinaire, voire pluridisciplinaire, pour déterminer la capacité de gain sous l'angle psychologique et physique. Le recourant a enfin reproché à l'Office AI de n'avoir pas respecté les prescriptions de la jurisprudence fédérale découlant de l'article 29 alinéas 1 et 2 de la Constitution fédérale ainsi que le principe de célérité de la procédure, en rendant immédiatement une décision incidente sans privilégier une solution consensuelle au

désaccord relatif à l'expertise en question et en omettant de réévaluer la situation en mai 2016 déjà, lorsqu'E_____ SA était revenue sur sa prise de position initiale.

Dans sa réponse du 20 décembre 2016, l'Office AI a conclu à la confirmation de sa décision du 12 octobre 2016. Il a fait remarquer qu'à la teneur claire du courrier de E_____ SA du 17 mai 2016, cette assurance ne s'était à aucun moment écartée des conclusions probantes du Dr R_____ au sujet de l'état de santé physique du recourant et de la capacité de travail résiduelle de celui-ci mais qu'elle avait simplement estimé plus commode, compte tenu d'un éventuel trouble d'ordre psychique et du terme proche des prestations, de renoncer à mettre en œuvre une expertise psychiatrique dont le rapport aurait été établi après l'échéance du droit aux prestations et d'indemniser l'assuré en plein du 1^{er} janvier au 6 juin 2016, date de cette échéance. L'office intimé a invoqué également que dans sa correspondance du 20 septembre 2016, le recourant avait directement sollicité le prononcé d'une décision au cas où sa requête d'expertise bidisciplinaire ne devait pas être admise, que celui-ci avait donc lui-même renoncé à la procédure de consensus et qu'il ne pouvait à présent déplorer ce prononcé.

Le recourant a répliqué, dans son écriture du 10 janvier 2017, que les explications données par E_____ SA dans son courrier du 17 mai 2016 tendaient plutôt à démontrer toute l'influence que des troubles psychiques pouvaient avoir sur l'état de santé somatique d'une personne assurée, que cette assurance avait ainsi dû dénier toute valeur probante au rapport du Dr R_____ et constater la nécessité d'une expertise globale tenant compte de toutes les affections et que la situation médicale avait d'ailleurs évolué défavorablement depuis ce rapport dont les conclusions, fortement contestées par le Dr D_____, apparaissaient anciennes, incomplètes voire erronées. Il a relevé au surplus que sa demande du 20 septembre 2016 tendant au prononcé d'une décision n'excluait pas une tentative de médiation préalable dont l'office intimé n'était pas exempté.

Dans sa duplique du 24 janvier 2017, dit office a insisté sur le fait que ni E_____ SA, ni le Dr R_____, ni le SMR n'avaient jamais formulé le moindre doute au sujet de l'état de santé somatique de l'assuré et de ses conséquences sur la capacité résiduelle de travail, que le rapport d'expertise du Dr R_____ répondait aux critères jurisprudentiels posés pour la valeur probante d'une appréciation médicale et que le médecin du SMR ayant étudié le dossier, dont ledit rapport, disposait des compétences nécessaires pour émettre un avis convaincant, puisqu'il était lui-même spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation. L'intimé a fait valoir

en outre qu'au vu des pièces médicales et des différentes prises de position au dossier, les objections formulées par l'assuré au sujet de l'expertise prévue n'étaient de toute manière pas admissibles, si bien qu'en vertu du chiffre 2084.1 CPAI, la recherche d'un consensus n'était plus nécessaire.

Le 25 janvier 2017, le recourant a transmis céans un rapport, daté du 18 janvier précédent, du Prof. V_____, médecin chef du Service de rhumatologie au Centre hospitalier W_____. Il a argué que ce spécialiste avait posé le diagnostic de probable fibromyalgie, qu'un tel diagnostic jamais posé auparavant confirmait l'insuffisance des éléments médicaux à disposition de l'Office AI et qu'une expertise bidisciplinaire voire pluridisciplinaire, en sus de l'expertise confiée au Dr S_____, s'imposait. Dans ce rapport adressé au Dr D_____, le Prof. V_____ a rappelé que les plaintes actuelles consistaient en des douleurs diffuses et constantes, ayant débuté au niveau cervical et s'étendant également à la région lombaire ainsi qu'au niveau des fesses et des hanches. Faisant état de treize points de fibromyalgie sur dix-huit, ce spécialiste a exposé que selon lui, le diagnostic susceptible d'expliquer le mieux cette symptomatologie était une fibromyalgie selon les anciens critères, étant donné la présence de douleurs chroniques au plan axial et aux membres, d'un trouble du sommeil et d'un état de fatigue chronique ainsi que l'exclusion d'autres diagnostics tels qu'une maladie inflammatoire chronique ou une dysthyroïdie. Le Prof. V_____ a ajouté que le taux abaissé de vitamine D ne lui semblait pas suffisant pour expliquer les plaintes actuelles, de même que des éléments dus à l'arthrose et les suites opératoires de la pose de prothèses discales ne justifiaient pas totalement les douleurs alléguées.

Par courrier du 9 février suivant, le recourant a ajouté que le Dr D_____ avait, dans sa correspondance du 28 janvier 2016, rapporté non seulement des troubles psychiques mais également de nouvelles atteintes physiques, que le Prof. V_____ avait mis en évidence de telles atteintes potentiellement invalidantes, que la mise en œuvre d'une expertise somatique était donc nécessaire et que ses propres objections à l'organisation d'une expertise monodisciplinaire étaient pertinentes et admissibles. Il a précisé que dans son rapport du 9 novembre 2016, la Dresse T_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait soutenu le recours à une expertise pluridisciplinaire prenant en compte l'état physique. Cette spécialiste a indiqué dans ce rapport adressé à E_____ SA que le traitement avait débuté chez elle le 13 septembre 2016, que l'état psychique de X_____ s'était aggravé à l'heure actuelle à cause des douleurs et des angoisses liées à sa situation

professionnelle et financière, que le diagnostic était celui de dépression de gravité moyenne à sévère, réactionnelle aux circonstances de vie chez une personnalité non pathologique à traits de caractère, que le Dr D_____ avait fixé l'incapacité de travail à 100% dès le 22 août 2016 et qu'elle-même estimait la capacité de travail à 20% voire 25% dans une activité adaptée.

Dans une lettre du 20 février 2017, le recourant a encore précisé que la nouvelle incapacité de travail depuis le 22 août 2016 avait été annoncée à E_____ SA qui, dans l'attente du rapport du Dr S_____ notamment, n'avait pas donné suite à cette annonce et que la mise en œuvre par l'Office AI d'une expertise pluridisciplinaire était instamment requise.

En date du 7 mars 2017, l'intimé s'est déterminé sur les dernières écritures du recourant. Se référant à l'avis du SMR du 27 février précédent, il a souligné que la suspicion de fibromyalgie n'était pas pertinente, que la problématique d'un syndrome douloureux chronique avait été écartée lors du précédent examen par un spécialiste de l'appareil locomoteur et qu'une nouvelle expertise somatique se révélait donc superflue. Au sujet du compte-rendu de la Dresse T_____, l'Office AI a rappelé qu'il devait être considéré avec toute la prudence requise par le lien de confiance unissant le patient à son médecin traitant et que le rapport concernant l'examen d'expertise psychiatrique pratiqué le 5 décembre précédent par le Dr S_____ n'avait toujours pas été reçu, malgré un dernier rappel du 7 février 2017. Dans son avis du 27 février 2017, le Dr U_____ a relevé en particulier que face à des douleurs difficiles à expliquer, le Prof. V_____ n'avait évoqué que la probabilité d'une fibromyalgie selon les anciens critères établis par l'ACR (« American College of Rheumatology ») en 1990, que les nouveaux critères de l'ACR datant de 2010, actuellement en vigueur, n'avaient pas été recherchés et que le but de la consultation de ce rhumatologue spécialiste des maladies inflammatoires avait essentiellement été celui de déterminer si la présence d'anticorps anti-CCP (peptides cycliques citrullinés) chez le patient était une constatation fortuite ou si elle s'inscrivait dans le cadre d'une polyarthrite rhumatoïde, la première hypothèse ayant finalement été retenue.

L'Office AI a fait parvenir céans, le 13 mars suivant, une copie du rapport d'expertise du Dr S_____, daté du 9 mars 2017. Cet expert a indiqué que ce rapport était fondé sur l'entretien avec l'assuré du 5 décembre 2016, incluant des tests psychométriques, le rapport de la Dresse T_____ du 9 novembre 2016 à l'attention de E_____ SA et le dossier de l'Office AI. Il a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'éventuel trouble de l'adaptation avec

humeur anxio-dépressive, de gravité sub-clinique, et de traits narcissiques. Il a précisé qu'il n'y avait pas de comorbidités psychiatriques ni d'indices en faveur d'un trouble somatoforme douloureux.

Le recourant a encore écrit, le 12 avril 2017, qu'il avait soumis au Prof. V_____ la dernière prise de position de l'Office AI et que dans sa réponse annexée du 6 avril 2017, ce médecin avait, à la lumière des informations complémentaires reçues et du score de vingt-six critères remplis sur trente-et-un, soit un résultat largement supérieur au seuil diagnostique de treize sur trente-et-un, posé de manière certaine le diagnostic de fibromyalgie selon les derniers critères fixés par l'ACR en 2010. Un descriptif illustré desdits critères était joint à cette réponse.

Par ordonnance du 13 avril 2017, l'échange d'écritures a été clos.

Considérant en droit

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000 s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

1.2 Posté le lundi 14 novembre 2016, le recours formé contre la décision du 12 octobre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 3 et 60 LPGA), devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 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.

2.1 Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (art. 44 LPGA).

Dans l'arrêt de principe paru aux ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a estimé nécessaire de renforcer les droits de participation de la personne assurée dans le cadre de l'organisation d'une expertise (pluridisciplinaire) auprès d'un centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) et a jugé qu'en cas de désaccord entre celle-ci et l'office AI compétent, une telle expertise devait désormais être mise en œuvre par le biais d'une décision incidente, au sens des articles 5 PA et

49 LPGA, sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances (consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Puis, dans l'ATF 139 V 349, le Tribunal fédéral a répondu par l'affirmative aux deux questions de savoir, d'une part, s'il était conforme à la loi de limiter, en vertu de l'article 72bis RAI, l'attribution de mandats selon le principe aléatoire aux expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales (expertise pluridisciplinaire) et, d'autre part, si les autres exigences relevant de l'Etat de droit étaient applicables par analogie, selon la jurisprudence parue aux ATF 137 V 210, aux expertises monodisciplinaires et bidisciplinaires. En lien avec cette seconde question, le Tribunal fédéral a précisé dans l'ATF 139 V 349 que si l'office AI optait non pas pour une expertise pluridisciplinaire attribuable uniquement de manière aléatoire mais pour une expertise bidisciplinaire voire monodisciplinaire - même confiée directement à un COMAI -, il devait alors tenter de parvenir à un accord avec la personne assurée et, en cas d'échec de cette tentative, rendre une décision susceptible de recours. En application des éléments développés sur ce dernier sujet, l'OFAS a décrit, aux chiffres 2083 et 2084 de la CPAI, la procédure (consensuelle) d'attribution d'expertises médicales monodisciplinaires ou bidisciplinaires.

Le chiffre 2083.3 de la CPAI prévoit que l'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou matérielle qui portent notamment sur les thèmes suivants : l'expert a un intérêt personnel dans l'affaire ; l'expert est parent ou allié en ligne directe, ou jusqu'au troisième degré en ligne collatérale, d'une partie, ou encore lié avec elle par mariage, fiançailles ou adoption ; l'expert est impliqué dans l'affaire pour d'autres raisons ; l'expert ne possède pas les compétences professionnelles nécessaires ; il faut demander une expertise dans une autre spécialité ; les faits sont suffisamment éclaircis, si bien qu'une nouvelle expertise est superflue. Selon le chiffre 2084 de la CPAI, dans lequel est cité l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_560/2013 du 6 septembre 2013, si une objection admissible de nature formelle (demande de récusation formelle en rapport avec le cas concret) ou matérielle (en rapport avec la spécialité) est soulevée, la recherche d'un consensus est nécessaire. Il a été précisé au considérant 2.3 de cet arrêt que le tribunal cantonal ne devait examiner, à titre liminaire, la question de la tentative d'accord que si une procédure consensuelle était indiquée lors de la mise en œuvre d'une expertise monodisciplinaire, ce qui supposait encore la formulation d'une objection admissible de nature formelle (demande de récusation formelle en rapport avec le cas concret) ou matérielle (en rapport avec la spécialité).

La valeur probante d'un rapport médical dépend des questions de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis

en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c, RAMA 2000 214 consid. 3a).

Les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPG ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. Il ne s'agit pas ici de remettre en question la pertinence d'une mesure médicale en requérant une seconde appréciation mais bien de décider quelles démarches doivent être entreprises afin d'établir les faits déterminants au degré de preuve exigé. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

De nouvelles exigences d'instruction pour les atteintes psychosomatiques ont été développées par le Tribunal fédéral dans son arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015 paru aux ATF 141 V 281. En substance, selon cet arrêt, la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle ces atteintes pouvaient être surmontées en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, a été abandonnée. Désormais, la capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée, sur la base des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée au moyen d'un catalogue d'indicateurs relevant de deux catégories, celle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé et celle de la cohérence du point de vue du comportement de la personne assurée.

2.2 En l'occurrence, bien qu'il ait mentionné à certaines reprises - notamment dans ses objections du 20 septembre 2016, son mémoire de recours du 14 novembre 2016 ainsi que ses écritures judiciaires des 25 janvier, 9 février, 20 février et 12 avril 2017 - la nécessité d'une expertise éventuellement pluridisciplinaire, X_____ a en fait sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire. Dans lesdites objections, mais aussi et surtout dans son mémoire de recours, l'assuré a en effet clairement estimé qu'une expertise somatique indépendante s'imposait en sus de l'expertise psychiatrique déjà confiée au Dr S_____, à laquelle il a d'ailleurs indiqué ne pas s'opposer ni quant à la spécialité, ni quant à la personne de l'expert.

De plus, le recourant n'a jamais énoncé les trois disciplines médicales au minimum propres à constituer une expertise pluridisciplinaire. Outre l'organisation de l'expertise psychiatrique qu'il n'a pas contestée et la demande implicite d'une nouvelle expertise rhumatologique, il n'a jamais prétendu, à raison, que sa situation médicale exigeait l'établissement d'un rapport d'expertise par un spécialiste en orthopédie et/ou en neurologie. A cet égard, il sied de rappeler en effet que plusieurs expertises orthopédiques avaient déjà été effectuées, les 23 mai 2008, 9 juin 2009 et 6 janvier 2010 par les Drs C _____, F _____ et G _____ respectivement, que ces expertises se justifiaient principalement par des gonalgies surtout gauches qui n'étaient plus au premier plan lors de la nouvelle demande de prestations AI du 16 novembre 2014, que, selon les informations données le 29 septembre 2015 au Dr R _____ par l'assuré, le neurologue consulté à la fin de l'année 2013 à Sierre avait pu écarter un syndrome de tunnel carpien à l'origine des symptômes neuro-paresthésiques touchant le membre supérieur droit au profit d'un problème plutôt d'ordre cervical et que le Dr P _____, neurochirurgien ayant pratiqué la discectomie en C5-C6 et C6-C7 le 2 octobre 2014, avait prévu une reprise du travail à 50% dès le 15 février 2015, avant que le médecin traitant ne fixât une nouvelle fois, dans son rapport du 9 juillet 2015 à E _____ SA, l'incapacité de travail à 100% dès le 1^{er} avril 2015, en raison de l'augmentation des douleurs lombaires.

Or, c'est uniquement dans les cas où l'office AI compétent opte pour une expertise bidisciplinaire voire monodisciplinaire et non pour une expertise pluridisciplinaire attribuable uniquement de manière aléatoire qu'il est alors tenu, conformément aux injonctions de l'ATF 139 V 349, de chercher un accord avec la personne assurée. Cette obligation de tenter de parvenir à un consensus ne s'applique pas lorsque dit office projette de mettre en œuvre une expertise monodisciplinaire et que la personne assurée, sans d'ailleurs contester la spécialité choisie pour cette expertise, requiert l'organisation d'une expertise bidisciplinaire comportant une seconde discipline médicale. En l'espèce, l'intimé n'avait donc pas à suivre la procédure consensuelle développée aux chiffres 2083 et 2084 de la CPAI, ce d'autant plus que, comme il l'a rappelé à juste titre dans sa réponse du 20 décembre 2016, le recourant l'avait sommé, dans ses objections des 20 septembre et 6 octobre 2016, de prononcer une décision dans un unique délai de dix jours à compter de cette dernière date, en cas de refus de diligenter une expertise somatique. L'Office AI a déféré à cette mise en demeure en rendant la décision incidente du 12 octobre suivant.

De toute manière, à supposer que les modalités spécifiques d'attribution d'expertises médicales monodisciplinaires ou bidisciplinaires fussent tout de même applicables à la présente procédure administrative, il ne se justifiait pas d'y recourir car, comme également souligné à juste titre par l'Office AI dans sa duplique du 24 janvier 2017, l'objection soulevée par l'assuré n'était pas admissible.

Il apparaît en effet que le rapport d'expertise rhumatologique établi le 30 septembre 2015 par le Dr R_____ répond pleinement aux exigences jurisprudentielles posées pour la valeur probante d'une appréciation médicale. Ce spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport a d'abord présenté en détail l'anamnèse (antécédents familiaux et personnels, affections actuelles, anamnèse systématique, anamnèse socio-professionnelle), les plaintes subjectives de l'assuré, les constatations objectives en particulier au niveau ostéo-articulaire et les examens radiologiques à sa disposition. Il a ensuite posé des diagnostics, apprécié le cas de manière claire, cohérente et motivée et répondu aux questions posées. C'est de façon tout aussi convaincante que le Dr R_____, dans son courrier du 7 mars 2016 à l'attention de E_____ SA, puis le Dr U_____ du SMR - également spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation -, dans son avis du 25 juillet 2016, ont estimé que la lettre du Dr D_____ du 28 janvier 2016 ne comportait aucun élément ostéo-articulaire établissant objectivement une aggravation de l'état de santé, susceptible de modifier les diagnostics et la capacité de travail retenus dans le rapport d'expertise du 30 septembre précédent. D'un point de vue somatique, le Dr D_____ a rapporté dans cette lettre des cervicalgies sur trouble somatoforme douloureux malgré la pose de deux prothèses discales, des lombalgies importantes sur hernie discale, des coxarthroses et des gonarthroses. Or, dans son rapport d'expertise, le Dr R_____ a aussi posé les diagnostics de cervico-brachialgies, de lombosciatalgies, de troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire ainsi que de discectomie et prothèse discale de C5-C6 et C6-C7 le 2 octobre 2014. Il n'a toutefois pas retenu un syndrome douloureux chronicisé chez un assuré relativement actif physiquement, pratiquant encore le fitness, la gymnastique et la marche, ne prenant aucune médication antalgique majeure hormis du Dafalgan® en réserve et n'ayant aucune restriction médicale pour la conduite d'un véhicule. L'examen d'expertise a permis de vérifier enfin la normalité de la fonction des hanches et des genoux, puisque les réflexes ostéo-tendineux étaient vifs et symétriques et qu'il n'y avait pas de limitation manifeste de la mobilité tronculaire, ni d'altération de la force et de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, ni d'arthrite, ni de synovite, ni de syndrome irritatif des membres, ni de trouble de la sensibilité. Il sied de préciser

dans ce contexte que lors des trois expertises orthopédiques mentionnées plus haut, les lésions méniscales des deux genoux, le syndrome irritatif L5 et peut-être aussi S1 du membre inférieur gauche ainsi que les troubles dégénératifs débutants modérés des deux hanches, un peu plus marqués à gauche, avaient déjà été mis en évidence et, au demeurant, jugés sans influence sur la capacité de travail dans une activité adaptée telle que celle d'employé de commerce par les Drs C_____ et G_____.

C'est finalement en vain que dans ses écritures des 14 novembre 2016, 10 janvier 2017 et 9 février suivant, le recourant a dénié toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr R_____, allégué une aggravation de son état de santé physique depuis cette expertise et interprété en sa faveur la teneur du courrier de E_____ SA du 17 mai 2016. A l'instar de la remarque formulée par l'intimé dans sa réponse du 20 décembre 2016, il ressort sans l'ombre d'un doute dudit courrier que cette assurance ne s'est nullement écartée des conclusions probantes du Dr R_____ au sujet de l'état de santé physique de l'assuré et de la capacité de travail résiduelle de celui-ci mais qu'elle a simplement estimé plus commode, compte tenu d'un éventuel trouble d'ordre psychique et du terme proche des prestations, de renoncer à mettre en œuvre une expertise psychiatrique dont le rapport aurait été établi après l'échéance du droit aux prestations et d'indemniser X_____ en plein du 1er janvier au 6 juin 2016, date de cette échéance.

Il s'ensuit que l'objection soulevée le 20 septembre 2016 par l'assuré au sujet de la mise en œuvre d'une seule expertise psychiatrique avait pour but de faire recueillir un deuxième avis rhumatologique (« second opinion »), parce que les conclusions probantes et convaincantes de la première expertise établie dans cette même spécialité ne convenaient pas à celui-ci. A la lumière de l'arrêt précité U 571/06, une telle objection n'est en aucun cas admissible.

Certes, le recourant a successivement transmis céans, les 25 janvier puis 12 avril 2017, les rapports établis les 18 janvier et 6 avril 2017 par le Prof. V_____. Dans son premier compte-rendu, ce rhumatologue a mentionné le diagnostic de probable fibromyalgie selon les anciens critères, après avoir mis en évidence treize points de fibromyalgie sur dix-huit. Dans son second avis adressé au conseil de X_____, ce même spécialiste, sans avoir réexaminé l'assuré, a posé de manière certaine le diagnostic de fibromyalgie selon les critères les plus récents, sur la base du résultat de vingt-six critères remplis sur trente-et-un. Il convient de rappeler dans ce contexte que le Dr J_____, dans son rapport d'expertise psychiatrique du 27 avril 2010, a

souligné l'absence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, que le Dr R_____ n'a pas constaté de signe de non-organicité de la douleur selon Waddel ni de points positifs de contrôle de la fibromyalgie (pièce 373-6) et que lors de l'examen d'expertise psychiatrique du 5 décembre 2016, le Dr S_____ n'a pas noté d'indices en faveur d'un trouble somatoforme douloureux.

Quoi qu'il en soit, si le diagnostic de fibromyalgie peut effectivement être posé par un spécialiste en rhumatologie, l'ancienne jurisprudence relative à ce type d'affection exigeait déjà le concours d'un médecin psychiatre, étant donné l'influence décisive des facteurs psychosomatiques sur le développement de cette atteinte à la santé, et préconisait la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques (ATF 132 V 65 consid. 4.3 et la référence aux ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 396 consid. 5.3.2). Les nouvelles exigences d'instruction pour les atteintes psychosomatiques développées dans l'ATF 141 V 281 comportent désormais un catalogue d'indicateurs qui doit être soumis à l'expert psychiatre, afin que celui-ci puisse évaluer la capacité de travail réellement exigible d'une personne souffrant d'une telle atteinte. Les questions idoines ont d'ailleurs été posées au Dr S_____ qui a précisé, au début de son rapport d'expertise du 9 mars 2017, avoir bien eu connaissance du courrier adressé le 9 novembre 2016 par la Dresse T_____ à E_____ SA. En conséquence, si tant est que l'Office AI considère le diagnostic de fibromyalgie comme posé à satisfaction de droit selon ces nouvelles exigences, il lui appartiendra alors, dans sa décision relative au droit aux prestations de l'assurance-invalidité, d'en déterminer l'impact sur la capacité de travail à la lumière des réponses du Dr S_____.

Au vu de ce qui précède, le recours, formé contre la décision incidente du 12 octobre 2016 rejetant l'objection formulée par X_____ les 20 septembre et 6 octobre précédents et maintenant le mandat d'expertise confié le 1^{er} septembre 2016 au Dr S_____, est rejeté et cette décision confirmée.

La voie de recours habituelle a été indiquée au bas du présent jugement. Dans la mesure toutefois où l'objet du litige porte sur une objection de nature matérielle et non formelle telle qu'une demande de récusation au sens l'article 92 alinéa 1 LTF, un recours auprès du Tribunal fédéral serait, conformément à ce qui a été jugé aux considérants 3.2 et 4 de l'ATF 138 V 271, déclaré irrecevable.

3. Compte tenu de l'issue du litige, la Cour ne se prononcera pas sur la conclusion du recours visant à la constatation de la violation par l'intimé de l'article 29 de la

Constitution fédérale et du principe de célérité de la procédure. Outre le fait qu'une telle conclusion en constatation n'est en principe pas admissible en tant que telle, il a été jugé ci-dessus que l'Office AI n'était pas tenu en l'espèce de recourir à la procédure consensuelle d'attribution d'expertises médicales monodisciplinaires ou bidisciplinaires. La Cour ne voit donc pas en quoi le droit d'être entendu de l'assuré ainsi que le droit de celui-ci à une procédure équitable auraient été violés dans le cadre de la phase d'instruction et de décision administratives du cas.

L'intimé n'a pas non plus contrevenu au principe de célérité de la procédure puisque, contrairement à ce qu'à prétendu le recourant dans son mémoire du 14 novembre 2016, E_____ SA n'était nullement revenue sur sa prise de position initiale en mai 2016. De surcroît, l'Office AI a donné suite, le 12 octobre 2016, à la demande de prononcé d'une décision formelle relative à la seule expertise psychiatrique confiée au Dr S_____, telle que l'assuré l'avait formulée le 20 septembre précédent puis réitérée le 6 octobre 2016, en fixant à l'Office AI un unique délai de dix jours pour ce faire. La conclusion en constat d'un prétendu retard injustifié dans le traitement administratif du présent cas est d'autant plus infondée qu'une voie de recours spécifique, non utilisée par l'assuré, est prévue par l'article 56 alinéa 2 LPGA. Il apparaît d'ailleurs malvenu, de la part du recourant, de se plaindre du non-respect par l'office intimé du principe de célérité de la procédure alors que lui-même a multiplié les écritures judiciaires, dont la dernière a été déposée hors délai, dans la présente cause où, compte tenu de son caractère incident, l'ordonnance du 22 décembre 2016 avait annoncé un seul échange d'écritures.

4.1 En dérogation à l'article 61 lettre a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). Il en va de même, en application de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_905/2007 du 15 avril 2008, dans les procédures incidentes relatives à des procédures principales à caractère onéreux.

Les frais de justice, finalement arrêtés à 500 francs en raison de l'invocation par le recourant, dans son courrier du 26 décembre 2016, de son droit à répliquer, sont mis à la charge de celui-ci qui succombe (art. 1 al. 2, 81bis al. 2 et 89 al. 1 LPJA). En sus de l'avance de 200 francs payée le 22 novembre 2016, X_____ s'acquittera donc encore de frais de justice de 300 francs.

4.2 Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, arrêtés à 500 francs, sont mis à la charge de X_____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 19 mai 2017