

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
I 494/04

Arrêt du 16 mars 2006
IVe Chambre

Composition
MM. les Juges Ferrari, Président, Meyer et Ursprung. Greffier : M. Wagner

Parties

A. _____, recourant, représenté par Me Gaëtan Coutaz, avocat, place du Midi 27, 1950 Sion,

contre

Office cantonal AI du Valais, avenue de la Gare 15, 1951 Sion, intimé

Instance précédente
Tribunal cantonal des assurances, Sion

(Jugement du 28 juin 2004)

Faits:

A.

A.a A. _____, né en 1958, a été engagé dès le 1er septembre 1989 en qualité de machiniste par l'entreprise de travaux X. _____. Il a exercé cette activité jusqu'au 17 novembre 2000, date à partir de laquelle il a été annoncé à l'arrêt de travail à sa caisse-maladie, qui a versé des indemnités journalières.

Le 28 mars 2001, A. _____ a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans un rapport médical du 9 août 2001, le docteur F. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, syndrome somatoforme douloureux et état dépressif réactionnel. Il indiquait que le patient présentait une incapacité totale de travail depuis le 17 novembre 2000. Il produisait copie d'une expertise du 19 février 2001 du docteur V. _____, spécialiste FMH en médecine interne et spécialiste en maladies rhumatismales, effectuée pour le compte de la caisse-maladie de l'assuré, et d'une expertise psychiatrique du docteur M. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon ce dernier (rapport du 12 juin 2001), A. _____ présentait un syndrome somatoforme douloureux persistant (F 45.4) sans comorbidité psychiatrique significativement invalidante.

Dans un projet de décision du 31 janvier 2002, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du Valais a avisé A. _____ qu'il ne présentait, du point de vue physique et psychique, aucune atteinte à la santé susceptible de diminuer sa capacité de travail et de gain comme machiniste ou dans n'importe quel autre emploi et qu'il ne remplissait donc pas les conditions du droit à des mesures d'ordre professionnel ni du droit à une rente d'invalidité.

Contestant la position de l'office AI, A. _____ a produit une lettre du 13 février 2002 du docteur Y. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, dont il ressort qu'il était urgent que le patient travaille au moins à 50 % dans une activité adaptée à son dos.

Sur requête du docteur F. _____, A. _____ a séjourné du 15 avril au 10 mai 2002 à l'hôpital Z. _____ pour une évaluation de son état psychique. Les docteurs G. _____, chef de clinique, et S. _____, médecin-assistant, ont posé le diagnostic de troubles somatoforme douloureux persistant (F45.4) avec épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), et de personnalité psychotique (rapport du 4 juillet 2002). Dans un rapport du 4 juin 2002, ils ont avisé le docteur F. _____ que le patient présentait une comorbidité psychiatrique invalidante, ce qui le rendait incapable de travailler. De son côté, ce médecin, dans un rapport médical du 23 juin 2002, a informé l'assurance-invalidité que l'assuré présentait une incapacité totale de travail de manière

définitive. Interpellé par l'office AI sur la date à partir de laquelle remontait l'aggravation de l'état de santé du patient, le docteur F. _____, dans une communication du 16 septembre 2002, a répondu que depuis le 17 novembre 2000, l'état de santé du patient s'était progressivement dégradé, tant sur le plan physique que psychique, et que même dans une activité légère et sans efforts, celui-ci n'aurait pas pu travailler.

Dans un nouveau projet de décision du 3 octobre 2002, l'office AI a avisé A. _____ que jusqu'à l'hospitalisation du 15 avril 2002, il n'avait jamais souffert, du point de vue physique et psychique, d'une atteinte à la santé susceptible de diminuer sa capacité de travail et de gain comme machiniste ou dans n'importe quel autre emploi. Sa demande de prestations devait donc être rejetée pour la période antérieure à son hospitalisation. Il l'invitait à déposer une nouvelle demande à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit en avril 2003.

Par décision du 5 novembre 2002, l'office AI a rejeté la demande. Sur recours de l'assuré contre cette décision, le Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais, par jugement du 2 juillet 2003, a annulé celle-ci et renvoyé la cause à l'office AI pour instruction complémentaire éventuelle et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a considéré qu'en présence d'avis médicaux divergents, l'administration devait soit procéder à une expertise pluridisciplinaire, afin de fixer de manière claire et précise le taux et la durée de l'incapacité de travail dès le 17 novembre 2000, soit, si elle n'entendait suivre que l'avis du docteur M. _____ et non ceux des autres experts et médecins qui s'étaient penchés sur le dossier, indiquer de manière claire et circonstanciée les raisons pour lesquelles elle ne pouvait suivre l'avis de ces praticiens, ce qu'elle n'avait manifestement pas fait.

A.b A. _____ a bénéficié d'un suivi psychiatrique ambulatoire à l'hôpital Z. _____ auprès du docteur S. _____ du 11 mai 2002 au 4 mars 2003. Depuis le 5 mars 2003, il est en traitement auprès du Service de consultation psychiatrique, à U. _____. Le 31 mars 2003, le docteur F. _____ a présenté une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité pour le compte de son patient. Dans un document du 13 mars 2003, il indiquait que la capacité de travail de l'assuré devait être désormais considérée comme définitivement nulle, y compris dans des activités de type occupationnel.

Selon un rapport médical du 29 avril 2003 des docteurs O. _____, médecin-chef, et R. _____, médecin assistant du Service de consultation psychiatrique, A. _____ présente depuis une dizaine d'années un trouble somatoforme douloureux persistant qui se greffe sur une structure psychotique de la personnalité. Celui-ci souffre d'alexithymie, c'est-à-dire qu'il est incapable d'exprimer ses émotions comme la tristesse ou l'angoisse. La recherche de symptômes dépressifs relève donc de la quadrature du cercle et l'on doit donc considérer sa symptomatologie somatique comme étant la seule manière pour lui d'exprimer ses angoisses. Il s'agit donc d'une maladie psychiatrique grave. Il est clair que la capacité de travail du patient est nulle et ceci de manière probablement durable.

Dans un avis du 26 juin 2003, le docteur H. _____, médecin de l'office AI, a considéré qu'il y avait discordance dans les avis médicaux. Il a confié une expertise psychiatrique au professeur I. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 31 juillet 2003, l'expert a constaté l'existence de discordances comportementales inexplicables médicalement qui conduisaient à faire admettre chez A. _____ l'absence d'une affection psychiatrique réellement invalidante. Parmi les catégories cliniques de la « Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic » CIM-10 dont il était possible de faire état, il a retenu les diagnostics de trouble hypocondriaque (F45.2), de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physiques, soit psychologiques (trouble factice [F68.1]). A la question de savoir quelle était l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assuré, il a répondu que la conduite dans laquelle celui-ci s'était enfermé l'empêchait de reprendre une activité professionnelle, sans que l'on puisse retenir, sur le plan psychique, une incapacité de travail.

Afin de compléter l'instruction médicale sous l'angle somatique, l'office AI a confié une expertise au docteur B. _____, médecin responsable du service ambulatoire de la Clinique C. _____. Dans un rapport du 6 octobre 2003, ce praticien a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. De l'avis du docteur B. _____, si l'on prenait en compte le caractère chronique de l'état douloureux sans rémission durable, la durée de plusieurs années avec des symptômes allant s'aggravant et l'échec de tous les traitements, on devait admettre que le pronostic était très sombre et, comme tous les médecins avant lui, ce praticien avait la conviction que A. _____ ne reprendrait plus d'activité professionnelle. Pour sa part, il avait l'impression que l'assuré avait épuisé ses ressources et qu'il existait un trouble de la personnalité relativement grave, traduit par les diagnostics de trouble hypochondriaque et autre trouble de la personnalité posés par le professeur I. _____.

Le 13 octobre 2003, l'office AI a avisé A. _____ que selon les pièces en sa possession, il ne présentait, du point de vue tant physique que psychique, aucune atteinte à la santé susceptible de diminuer sa capacité de travail comme machiniste ou dans n'importe quel autre emploi de son choix. Etant donné qu'il ne remplissait pas les conditions du droit à des mesures d'ordre professionnel ni du droit à une rente d'invalidité, sa demande était rejetée.

A. _____ a formé opposition contre cette décision. Il produisait une lettre du 4 août 2003 du docteur K. _____, médecin-adjoint à l'hôpital Z. _____, qui indiquait que le séjour du patient pendant plus de trois semaines entre le 15 avril et le 10 mai 2002 aurait été impensable, si cette hospitalisation n'était pas entièrement justifiée du point de vue médical. Le suivi ambulatoire jusqu'en mars 2003 par le docteur S. _____ était de nature psychothérapeutique.

Par décision du 10 février 2004, l'office AI a rejeté l'opposition.

B.

A. _____ a formé recours contre cette décision devant le Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de celle-ci et à l'allocation d'une rente entière d'invalidité. Il produisait une prise de position du docteur F. _____ du 21 février 2004, dans laquelle le médecin traitant de l'assuré partageait l'avis des médecins de l'hôpital Z. _____ en ce qui concerne l'existence d'une affection psychiatrique et leurs évaluations. Par la suite, il a produit également une lettre du 27 février 2004 du docteur N. _____, médecin-directeur de l'hôpital Z. _____, et un certificat médical établi le 25 mai 2004 par les docteurs D. _____, cheffe de clinique, et E. _____, médecin assistante au Service de consultation psychiatrique de U. _____.

Par jugement du 28 juin 2004, le Tribunal cantonal des assurances a rejeté le recours.

C.

Dans un mémoire du 31 août 2004, A. _____ interjette un recours de droit administratif contre ce jugement, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'allocation d'une rente entière d'invalidité avec effet au 1er novembre 2000. Il produit copie de plusieurs documents, dont un rapport du 3 août 2004 du Service de médecine de l'hôpital de U. _____ - relatif à une hospitalisation du 13 au 22 juillet 2004 - et une attestation médicale du 31 août 2004 de la doctoresse E. _____.

Par lettre du 3 septembre 2004, A. _____ requiert la mise en oeuvre d'une contre-expertise, qu'il propose de confier au professeur J. _____, responsable de l'Unité d'expertises de l'hôpital L. _____.

L'Office cantonal AI du Valais conclut au rejet du recours. L'Office fédéral des assurances sociales n'a pas déposé d'observations.

Considérant en droit:

1.

Le litige concerne le droit éventuel du recourant à une rente de l'assurance-invalidité et porte sur le point de savoir si celui-ci présente une atteinte à la santé psychique diminuant sa capacité de travail et de gain dans une mesure suffisante pour fonder un droit à une rente entière.

2.

2.1 La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. La décision sur opposition litigieuse, du 10 février 2004, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. Conformément au principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement des bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, il y a lieu d'examiner le droit à une rente au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329).

Pour les mêmes motifs, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, sont applicables.

2.2 En vertu de l'art. 4 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), l'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Selon 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. D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Les définitions de l'incapacité de travail, l'incapacité de gain, l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables)

contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATF 130 V 343).

2.3 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 50 s. consid. 1.2).

3.

L'appréciation par les premiers juges de l'expertise psychiatrique du professeur I. _____ est au centre du litige.

3.1 Les premiers juges ont accordé pleine valeur probante au rapport du professeur I. _____ du 31 juillet 2003. Ils ont constaté qu'elle était complète, compte tenu des droits contestés. Le professeur I. _____ s'était fondé sur l'étude du dossier de l'assuré, y compris les rapports antérieurs de ses confrères, et il avait établi une anamnèse consciencieuse et approfondie. L'expert avait procédé à une importante série d'exams (tests) de l'intéressé; son appréciation tenait compte des nombreuses affections dont se plaignait celui-ci et des traitements effectués. L'exposé du contexte médical était cohérent, son appréciation de la situation médicale était claire et ses conclusions dûment motivées.

3.2 Contestant que le rapport du professeur I. _____ du 31 juillet 2003 ait pleine valeur probante, le recourant fait valoir que l'expertise psychiatrique est imprécise, parfois incompréhensible, souvent contradictoire, et que ses conclusions sont simplistes. Se référant au jugement de renvoi du Tribunal cantonal des assurances du 2 juillet 2003, il relève qu'aucune expertise pluridisciplinaire n'a été réalisée jusque-là et requiert la mise en oeuvre d'une contre-expertise.

3.3 L'expertise du professeur I. _____ du 31 juillet 2003 remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Il comprend les éléments anamnestiques, le status, le diagnostic et les conclusions du médecin. Dans son examen médical, le professeur I. _____ s'est fondé sur deux consultations des 25 et 30 juillet 2003. Selon ses constatations, l'existence de discordances comportementales inexplicables médicalement conduisent à faire admettre chez le recourant l'absence d'une affection psychiatrique réellement invalidante. Tout se passe comme si le patient ajustait constamment sa conduite à l'image qu'il se fait de lui et qu'il veut en donner. Celui-ci semble imperturbable dans la décision de l'office AI à son sujet, mais paraît susceptible, s'il n'obtient pas ce à quoi il s'attend, de réactions éventuelles, en particulier contre lui-même. Ainsi que cela ressort du rapport d'expertise (I. Questions cliniques, ch. 4 [Diagnostic] et 5 [Appréciation du cas et pronostic]), le professeur I. _____ a retenu les diagnostics de « Trouble hypocondriaque » (F45.2), de « Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques » (F68.0) et de « Production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physiques, soit psychologiques (trouble factice) » [F 68.1].

L'expertise du professeur I. _____ est complète. En particulier, ce praticien s'est exprimé sur l'existence d'une « structure psychotique de la personnalité » (examen du 26 avril 2002 par le psychologue P. _____ lors du séjour de l'assuré à l'Hôpital Z. _____) ou d'une « personnalité psychotique » (lettre de sortie du 4 juillet 2002). A ce propos, on relèvera que le recourant a bénéficié d'un suivi psychiatrique ambulatoire à l'Hôpital Z. _____ entre le 11 mai 2002 et le 4 mars 2003. Depuis le 5 mars 2003, celui-ci est en traitement auprès du Service de consultation psychiatrique de U. _____.

A la différence du rapport du professeur I. _____ du 31 juillet 2003, le rapport médical du 29 avril 2003 des docteurs O. _____ et R. _____ est un document émanant des médecins traitants de l'assuré, lequel a moindre valeur probante que l'expertise du professeur I. _____ en raison du rapport de confiance qui lie le médecin traitant à son patient (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc; comp. ATF 124 I 175 consid. 4).

3.4 De l'avis de la majorité des médecins qui ont examiné le recourant, celui-ci présente un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4). Seul le professeur I. _____ a retenu le diagnostic de trouble hypocondriaque (CIM-10 F45.2).

Les avis médicaux divergent en ce qui concerne la capacité de travail du recourant d'un point de vue psychique. D'un côté, le docteur M. _____, dans son expertise du 12 juin 2001, a nié toute comorbidité psychiatrique et n'a retenu aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Tel est également l'avis du professeur I. _____, qui déclare dans son expertise du 31 juillet 2003 que la conduite dans laquelle le recourant s'est enfermé l'empêche de reprendre une activité professionnelle, sans que l'on puisse retenir, sur le plan psychique, une incapacité de travail. D'un autre côté, les docteurs G. _____ et S. _____, dans leur rapport du 4 juin 2002, ont constaté dans leur observation clinique durant l'hospitalisation du 15 avril au 10 mai 2002 que le patient présentait un trouble somatoforme et également un trouble dépressif et que les examens psychologiques avaient évoqué en plus une structure psychotique de la personnalité, avec des défenses obsessionnelles défaillantes, qui ne parvenaient plus à combler l'angoisse. Au vu de ces éléments, ils étaient de l'avis que le recourant présentait une comorbidité psychiatrique invalidante et que cela le rendait incapable de travailler. Selon le rapport du 29 avril 2003 des docteurs O. _____ et R. _____, au vu de la structure psychotique de la personnalité de l'assuré, avec des défenses obsessionnelles effondrées, de l'alexithymie qui l'empêche d'avoir accès à ses émotions et entraîne un très grave tableau clinique du type trouble somatoforme douloureux persistant et de l'évolution chronique, il est clair que la capacité de travail du recourant est nulle et ceci de manière probablement durable.

Il apparaît ainsi que les experts ont un avis différent que les médecins traitants en ce qui concerne la capacité de travail du recourant.

3.5 Dans son expertise du 31 juillet 2003, le professeur I. _____ a discuté le diagnostic de structure psychotique de la personnalité et de personnalité psychotique retenu par le psychologue P. _____ et les médecins de l'Hôpital Z. _____. Il convient dès lors d'examiner si les avis des médecins de l'Hôpital Z. _____ et du Centre de consultation psychiatrique de U. _____ sont propres à mettre en doute les conclusions de l'expert I. _____.

Dans le rapport médical du 29 avril 2003, les docteurs O. _____ et R. _____ ont retenu le diagnostic de structure psychotique de la personnalité, diagnostic qui avait été évoqué par les examens psychologiques effectués lors du séjour du recourant à l'Hôpital Z. _____ (examen du psychologue P. _____ du 26 avril 2002, rapport médical des docteurs G. _____ et S. _____ du 4 juin 2002). Dans la lettre de sortie de l'Hôpital Z. _____ du 4 juillet 2002, les docteurs G. _____ et S. _____ avaient retenu le diagnostic de personnalité psychotique.

Selon les docteurs O. _____ et R. _____, le recourant présente depuis une dizaine d'années un

trouble somatoforme douloureux persistant qui se greffe sur une structure psychotique de la personnalité. Celui-ci souffre d'alexithymie. La recherche de symptômes dépressifs relève donc de la quadrature du cercle et l'on doit considérer sa symptomatologie somatique comme étant la seule manière pour lui d'exprimer ses angoisses. Il s'agit donc d'une maladie psychiatrique grave (rapport médical du 29 avril 2003).

Il n'est toutefois pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que, du point de vue médical, le recourant soit atteint d'une maladie psychiatrique grave (sur le terme « psychotique », cf. les explications du professeur I. _____ dans son expertise du 31 juillet 2003). Si l'on s'en tient aux seules constatations des docteurs O. _____ et R. _____ mentionnées ci-dessus, il est difficilement compréhensible que le patient présente une maladie psychiatrique grave. A tout le moins, on ne comprend pas comment ces médecins sont arrivés à une telle conclusion.

3.6 Il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant présente un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4).

Même si le professeur I. _____ a retenu le diagnostic de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique soit psychologique [trouble factice] (CIM-10 F68.1), la Cour de céans s'en tient sur ce point à l'avis du docteur M. _____. Dans son expertise du 12 juin 2001, ce spécialiste a retenu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant sans comorbidité psychiatrique significativement invalidante, tout en rappelant qu'il ne s'agissait en aucun cas d'une production intentionnelle de symptôme pour des motifs conscients qui renverrait alors au diagnostic très rare de « simulation ».

Ainsi, il convient d'examiner les critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail (ATF 131 V 50 s. consid. 1.2 déjà cité). D'emblée, on relèvera que le docteur B. _____, dans son expertise médicale du 6 octobre 2003, a constaté que l'examen clinique ne permettait aucune appréciation objective, le comportement de l'assuré étant incohérent. Le recourant annonçait en effet des douleurs systématiques ou s'opposait à tout mouvement par des contractions musculaires volontaires, ce qui ôtait à l'examen toute pertinence. Finalement, si l'on faisait abstraction du comportement ostensiblement douloureux, si l'on admettait que l'examen était parasité par une collaboration très imparfaite, on devait admettre qu'il existait une disproportion énorme entre les plaintes et les éléments dont on pouvait juger objectivement. Dans tous les cas, on pouvait affirmer que le socle somatique était insuffisant à soutenir l'édifice des plaintes, raison pour laquelle on retenait le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

Au nombre des situations envisagées permettant de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance, figure la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé (ATF 131 V 51 consid. 1.2).

D'un autre côté, on ne saurait non plus faire abstraction des conclusions du docteur B. _____. Dans son rapport d'expertise du 6 octobre 2003, ce praticien a indiqué que si l'on prenait en compte le caractère chronique de l'état douloureux sans rémission durable, la durée de plusieurs années avec des symptômes qui sont allés s'aggravant et l'échec de tous les traitements, on devait admettre que le pronostic était très sombre et, comme tous les médecins avant lui, il avait la conviction que l'assuré ne reprendrait plus d'activité professionnelle. Pour sa part, le docteur B. _____ avait l'impression que le recourant avait épuisé ses ressources et qu'il existait un trouble de la personnalité relativement grave, traduit par les diagnostics de trouble hypocondriaque et autre trouble de la personnalité par le professeur I. _____.

Dès lors il se justifie de renvoyer la cause à l'office AI pour qu'il examine plus avant la situation de l'assuré. En ce qui concerne la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, il importe de savoir si, comme l'affirment les médecins du Service de consultation psychiatrique de U. _____, le recourant est atteint d'une maladie psychiatrique grave. Cela nécessite une instruction complémentaire, qu'il paraîtrait opportun de confier à la Clinique romande de réadaptation à Sion afin qu'elle puisse également se prononcer sur les autres critères déterminants, en particulier l'existence d'un état psychique cristallisé. Sur ce point, on relèvera que selon l'expertise du professeur I. _____ du 31 juillet 2003, le recourant s'est donné psychiquement une allure d'invalidé qui s'est structurée de telle manière qu'il ne lui est plus possible de s'en débarrasser.

4.

Le litige ayant pour objet l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, la procédure est gratuite (art. 134 OJ a contrario). Représenté par un avocat, le recourant a droit à une indemnité de dépens pour l'instance fédérale (art. 159 al. 1 en corrélation avec l'art. 135 OJ). Il y a lieu d'inviter l'autorité de l'instance précédente à statuer sur les dépens de cette instance (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:

1.

Le recours est admis en ce sens que le jugement du Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais, du 28 juin 2004, et la décision sur opposition du 10 février 2004 sont annulés, la cause étant renvoyée à l'Office cantonal AI du Valais pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de justice.

3.

L'Office cantonal AI du Valais versera au recourant la somme de 2'500 fr. (y compris la taxe sur la valeur ajoutée) à titre de dépens pour l'instance fédérale.

4.

Le Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais statuera sur les dépens pour la procédure de première instance, au regard de l'issue du procès de dernière instance.

5.

Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal cantonal des assurances, à la Caisse de compensation du canton du Valais et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 16 mars 2006

Au nom du Tribunal fédéral des assurances

Le Président de la IVe Chambre: Le Greffier: