

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3503/2007

ATAS/1495/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 30 novembre 2009

En la cause

Monsieur C_____, domicilié à VERSOIX, comparant avec
élection de domicile en l'Etude de Maître POGGIA Mauro

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur C _____, né en 1965, de nationalité suisse, marié, père d'un enfant né en 2000, a été domicilié en France jusqu'en décembre 1993.
2. Il est titulaire d'un CMP de mécanicien sur auto et a suivi une formation de technicien informatique.

De décembre 1993 à avril 2000, il a travaillé pour la papeterie X _____ comme conducteur de machines, puis, en août 2001, au helpdesk de Y _____ et du 26 novembre 2001 au 30 avril 2004 pour Z _____ SA en tant que technicien support.

3. Dès le 24 novembre 2003, il a été en incapacité de travail totale, puis à 50 % du 19 janvier au 16 février 2004 lors d'une tentative de reprise du travail, puis à nouveau à 100 % dès le 17 février 2004, attestée par le Dr L _____, FMH médecine générale, médecin-traitant de l'assuré.
4. Une radiographie cervico-dorso-lombaire du 3 décembre 2003 conclut à une lyse isthmique avec glissement antérieur de L5 sur S1 de 1 cm environ et pincement L5-S1.
5. Une IRM lombaire du 19 février 2004 conclut à "un spondylolisthésis de L5 "grade 1" sur lyse isthmique bilatérale associée à une discopathie sévère L5-S1; protrusion discale en L4-L5 mais sans image d'hernie ni effet compressif sur les racines; effet de masse adjacent aux facettes articulaires postérieures de L3-L4, de signal iso-intense au muscle (T1), hyperintense (T2) et rehaussé après l'injection du gadolinium. Une tomodensitométrie axiale computerisée est à discuter avec ponction. "
6. Une minéralométrie biphotonique du 19 février 2004 conclut à une ostéoporose à prédominance trabéculaire au niveau du rachis lombaire.
7. Les 1^{er} et 13 mars 2004, le Dr L _____ a attesté d'un syndrome vertébral lombaire, influencé par de l'ostéoporose et une hyper-parathyroïdie. Ce syndrome s'était manifesté en novembre 2003 par des lombalgies et une sciatalgie gauche.
8. L'assuré a séjourné le 13 août 2004 et les 1^{er} et 2 septembre 2004 dans le service de chirurgie thoracique où une hyper parathyroïdie primaire a été exclue mais une vraisemblable tumeur paravertébrale L3-L4, constatée.
9. Le 4 octobre 2004, le Dr M _____, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, a rendu, à la demande de la VAUDOISE ASSURANCES, en sa qualité d'assureur perte de gain maladie, une expertise fondée sur le dossier médical et un examen clinique de l'assuré du 17 septembre 2004.

Le patient avait fait quinze ans de rugby sans accidents particuliers. Il avait subi un accident de la circulation ayant entraîné un tassement de vertèbres L4-L5 et une fracture de la malléole droite en 1987. Il se plaignait actuellement de lombalgies depuis trois à quatre ans, période au cours de laquelle il avait pris 25 kg suite à l'arrêt de la fumée. En 2003, il avait été traité par anti-inflammatoires et antalgiques. Il se plaignait de douleurs lombaires basses à l'effort ou selon certains mouvements et au changement de position la nuit, d'une douleur derrière les cuisses surtout à gauche. Il pose les diagnostics suivants : spondylolisthésis L5-S1, de stade 1 sur spondylolise L5 bilatérale, discopathie L5-S1, masse tumorale de nature encore indéterminée paravertébrale niveau L3-L4 adjacente aux facettes articulaires.

Depuis qu'il avait été suivi par l'hôpital cantonal, le patient avait été pris en charge sérieusement et, actuellement, c'était ce nodule assez gros, qui paraissait être au premier plan et qui pourrait bien expliquer les douleurs que ressentait le patient. Pendant tout l'examen clinique, le patient n'avait eu aucune espèce de réaction exagérée de ses douleurs. Il pensait qu'il était relativement urgent d'aller exciser cette tumeur pour en préciser la nature. Après cette intervention, les choses seraient probablement plus claires et, s'il restait encore des symptômes, on pourrait alors s'occuper du spondylolisthésis, qui n'est pas accidentel mais qui compte tenu de l'image radiologique, était certainement dû à une non-soudure de l'arc vertébral après la naissance ou pendant la croissance. Dans ces conditions, l'incapacité de travail complète et qui avait débuté le 17 février 2004 devait être acceptée. Il fallait finalement attendre le résultat de la prochaine intervention avant de pouvoir préciser le pronostic.

10. Le 25 octobre 2004, le service des maladies osseuses des Hôpitaux Universitaires de Genève a posé le diagnostic d'ostéoporose idiopathique musculaire justifiant la poursuite du traitement en cours.
11. Le 9 novembre 2004, l'assuré a été opéré par le Dr N_____, lequel a pratiqué une extirpation d'un nodule. Le diagnostic d'hémangiome intramusculaire a été posé. L'incapacité de travail était de 100 % jusqu'à la prochaine consultation.
12. Le 14 février 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
13. Le 22 février 2005, la société Z_____ SA a attesté à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) que l'assuré avait été licencié avec effet au 30 avril 2004, en raison de sa longue maladie, débutée le 24 novembre 2003. En 2002, l'assuré avait réalisé un salaire annuel de 72'916 fr. et de 67'514 fr. en 2003.
14. Le 23 septembre 2005, le Dr L_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail, une ostéoporose,

idiopathique musculaire, un syndrome vertébral lombaire sur discopathie sévère L5-S1 et une obésité, entraînant une incapacité totale de travail dès le 17 février 2004.

Le patient souffrait de problème de dentition probablement en rapport avec l'ostéoporose, de surdité de l'oreille gauche de dyspnée à l'effort et de douleurs articulaires. Son état était stationnaire et sa capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. L'incapacité de travail était totale dans toute activité.

14. Un avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 1^{er} juin 2006, relève que l'expertise du Dr M_____ "ne pouvait pas conclure car le diagnostic de la tumeur était encore en suspens". Le problème concernait plutôt la rhumatologie que l'orthopédie et un examen au SMR se justifiait.
15. Le 2 novembre 2006, la Dresse O_____, médecine physique et rééducation du SMR, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assuré du 17 août 2006.

Celui-ci décrivait des douleurs au bas du dos et parfois dans toutes les articulations. Elle pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies persistantes avec léger syndrome lombaire dans le cadre d'un trouble statique, d'une antérolisthésis L5 grade 1 sur probable lyse, et discopathie L5-S1 modérée à avancée, ostéoporose axiale avec insuffisance posturale et dysbalance musculaire ; sans répercussion sur la capacité de travail : status post excision d'un hémangiome intramusculaire paravertébral en 2005, obésité (BMI 30), alcoolisme chronique possible, ancien tabagisme et status post diverses fractures de la main gauche.

L'excision de l'hémangiome intramusculaire n'avait pas amélioré l'état douloureux.

Il y avait objectivement une atteinte du segment L5-S1, isolément, sans instabilité ni répercussion sur les structures nerveuses qui entraînait des limitations fonctionnelles et contre-indiquait tout travail lourd mais pas toute activité.

La normalisation du poids et un reconditionnement ciblé étaient susceptibles d'augmenter la tolérance à l'effort. S'agissant des limitations, il fallait éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation / flexion du tronc et en porte-à-faux. L'assuré ne pouvait pas travailler à la chaîne ni sur machine vibrante. Le port de charge était limité à 10 kg occasionnellement. L'assuré devait pouvoir changer la position à sa guise. S'il devait continuer de prendre des calmants forts, il ne pourrait pas exercer un travail qui pourrait le mettre en danger en cas d'inattention ou de fatigue.

L'activité habituelle où l'assuré devait s'occuper d'ordinateurs, porter des appareils ainsi que des écrans et s'occuper de leur réparation, n'était pas adaptée à son atteinte rachidienne. Dans une activité adaptée comme l'informatique, la capacité de travail était entière. L'aptitude à la rééducation/réinsertion commençait dès la guérison de

la cicatrice de l'excision de l'hémangiome, ce qu'on pouvait dater raisonnablement à début 2005. Pendant l'année 2004, l'assuré avait subi plusieurs examens et traitements, partiellement en milieu hospitalier et une date antérieure était donc difficile à concevoir. On notait que l'assuré pouvait s'occuper de son enfant et de la plupart des activités du ménage, activités qui semblaient bien convenir et qu'il aimerait garder. La capacité de travail était donc de 100 % dès février 2005 dans une activité adaptée.

16. Le 23 novembre 2006, la Dresse P_____ du SMR a estimé que la capacité de travail était de 0 % du 24 novembre 2003 au 18 janvier 2004, de 50 % du 19 janvier au 16 février 2004 et de 0% du 17 février 2004 au 31 janvier 2005 en suivant l'avis du médecin traitant et de 100% dans une activité adaptée des le 1^{er} février 2005 selon les conclusions de l'examen rhumatologique du SMR.
17. Le 16 février 2007, l'OCAI a fixé un délai à l'assuré pour qu'il indique s'il était prêt à participer à un stage d'orientation professionnelle.
18. Selon une note de travail de l'OCAI du 6 mars 2007, l'assuré a affirmé qu'il ne pouvait actuellement travailler ou se présenter pour une éventuelle observation professionnelle.
19. Le 7 mars 2007, le Dr L_____ a confirmé que l'assuré devait interrompre ses activités professionnelles pour des raisons médicales depuis le 17 février 2004.
20. Le 21 mars 2007, la réadaptation professionnelle a proposé de clore le dossier et de statuer en l'état vu l'état d'esprit de l'assuré, lequel, lors d'un entretien du 19 janvier 2007 avait indiqué que sa principale préoccupation était d'ordre familial et refusé un stage également à la suite du délai de réflexion qui lui avait été fixé.

Le degré d'invalidité était de 30, 8 % fondé sur un revenu d'invalidité de 51'532 fr. (soit un revenu théorique à 100 % selon l'ESS 2004 dans une activité de niveau 4 avec une déduction de 10 %) et un revenu sans invalidité de 74'500 fr.
21. Par projet de décision du 2 avril 2007, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière du 24 novembre 2004 au 30 avril 2005.
22. Le 18 avril 2007, l'assuré a écrit à l'OCAI qu'il se demandait quelle activité il pouvait exercer à 100 % dès lors qu'il était allongé 80 % du temps, et qu'il devait augmenter la dose de morphine en raison des douleurs; par ailleurs il contestait avoir refusé quoique ce soit au technicien de réadaptation; son médecin était à disposition pour tout renseignement complémentaire.
23. Le 29 mai 2007, le Dr L_____ a rempli un rapport médical AI indiquant que l'état de santé était stationnaire. Il mentionne les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail: ostéoporose idiopathique masculine;

syndrome vertébral lombaire sur discopathie sévère L5-S1; obésité; dépression nerveuse ; sans répercussion sur la capacité de travail : status après wiplash syndrome à plusieurs reprises (accident de moto et de voiture); status après ablation d'un hémangiome paravertébral droit avec aucune amélioration de la symptomatologie ; status après suture tendineuse de la main gauche.

La capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales, étant précisé qu'il présentait une incapacité de travail de 100 % depuis le 17 février 2004.

24. Par décision du 17 août 2007, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2004 au 30 avril 2005, étant relevé que le recourant n'avait fourni aucun élément nouveau susceptible de modifier l'appréciation médicale.
25. Le 17 septembre 2007, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation en tant qu'elle supprimait le droit à la rente au 30 avril 2005, à l'audition du Dr L_____ et à l'ordonnance d'une expertise médicale. Il fait valoir qu'il vit continuellement sous morphine, ce qui altère ses facultés, ne peut s'asseoir que difficilement et n'avait pas refusé une réadaptation professionnelle.
26. Le 26 septembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que l'examen du SMR avait clairement élucidé la situation médicale.
27. Le 1^{er} novembre 2007, le recourant a répliqué en faisant valoir que le Dr L_____ confirmait à ce jour son incapacité totale de travailler. C'était à tort que l'intimé avait retenu une capacité de travail dès avril 2005 de surcroît en invoquant un défaut de motivation, contesté, à se réadapter professionnellement.

Par ailleurs, il convenait également d'examiner l'aspect psychiatrique. Il a demandé à être entendu.

28. Le 28 janvier 2008, l'intimé a dupliqué en mentionnant que le salaire d'invalidé se référerait à des postes de travail adaptés aux limitations du recourant.
29. Le 10 mars 2008, le Tribunal de céans a entendu les parties ainsi que le Dr. L_____ en audience de comparution personnelle et d'enquête.

Le Dr. L_____ a déclaré : " Je suis M. C_____ depuis le 14 mars 1994 et encore actuellement. J'ai diagnostiqué une ostéoporose, laquelle est à l'origine des maux de dos du patient et entraîne des désordres sur la colonne vertébrale. Le patient présente une maladie des disques vertébraux, soit une dégénérescence des disques, des protrusions discales et un conflit avec certains nerfs. Le patient s'est plaint du dos postérieurement à la première consultation.

Le patient est actuellement traité par des antidouleurs, plus exactement du Fentanyl, que l'on peut mettre dans la catégorie des opiacés, ainsi qu'un traitement médicamenteux de l'ostéoporose, la physiothérapie ayant été arrêtée en raison de son inefficacité.

S'agissant des limitations fonctionnelles, le patient ne peut pas rester longtemps debout ou assis, il subit des douleurs constantes irradiant jusqu'aux pieds, il ne peut pas se pencher en avant ni porter de charges. Il est difficile d'envisager une activité qui respecte toutes ces limitations. Les douleurs du patient sont tout à fait objectivables. J'ajoute que le médicament qu'il prend présente des effets secondaires, tels que de la somnolence. Parfois, il peut également engendrer des troubles de la mémoire, ce qui ne semble pas être le cas chez M. C_____. Vous me dites que j'aurais indiqué dans les rapports médicaux AI que des mesures médicales pourraient améliorer la capacité de travail. Je précise aujourd'hui que les mesures médicales peuvent l'aider à vivre, mais je ne vois pas en quoi elles pourraient améliorer la capacité de travail, il doit s'agir d'une erreur de ma part. Il n'y a pas d'intervention chirurgicale possible, les spécialistes de l'hôpital à qui j'ai adressé le patient préfèrent d'ailleurs éviter de toucher les vertèbres dès lors que celles-ci sont atteintes par l'ostéoporose.

Vous me lisez les limitations fonctionnelles décrites par le SMR le 2 novembre 2006. Je suis d'accord avec celles-ci, sous réserve du port de charge de 10 kg, poids qui me paraît trop important. A nouveau, il me semble très difficile de trouver une activité adaptée à ces limitations. Je précise que je n'ai pas été contacté par le service de réadaptation de l'AI et je constate que l'OCAI n'a pas décrit quelle activité précise était possible pour mon patient, ce qui me laisse perplexe.

L'ostéoporose évolue négativement. La minéralométrie effectuée en 2007 est d'ailleurs moins bonne, malgré le traitement prodigué, que celle de 2005. L'ostéoporose n'a pas été diagnostiquée dès son apparition. Le départ de cette maladie est donc impossible à dater. L'ostéoporose ne fait que s'aggraver et donc la situation de la colonne vertébrale également. Le patient prend la seule thérapie qui existe actuellement pour traiter cette maladie. Je note que le patient présente également un état dépressif que je traite par une psychothérapie de soutien. J'avais prescrit un antidépresseur, la Fluctine, qui a dû être stoppé en raison des effets secondaires. Cet état dépressif est apparu à la suite du déclenchement de sa maladie. Je précise que l'irritabilité est un symptôme de l'état dépressif que j'ai pu observer chez mon patient. Je confirme que, de mon point de vue, l'incapacité de travail de M. C_____ est totale actuellement et pour l'avenir.

Le recourant a déclaré : "j'ai augmenté la dose d'antidouleurs depuis environ six mois. Le matin, je me lève et j'emmène mon enfant à l'école. Ensuite je rentre et je m'allonge pour la matinée, je vais rechercher mon enfant à l'école et je me rallonge pour l'après-midi. Je dors beaucoup, je pense en raison des médicaments que je

prends. De temps en temps, je vais me promener avec le chien. Je n'arrive pas à faire les courses seul, je les fais accompagner de mon épouse. Je fais un peu de ménage, soit la vaisselle, l'aspirateur sans aller sous les meubles, et un peu de repassage. Je souffre moins allongé qu'en position debout, la position la pire étant celle assise. Je mange également debout. Les douleurs ont empiré depuis environ deux ans. S'agissant de mon entretien avec la réadaptation, le technicien, M. D_____, m'a lu ce que je pouvais faire selon le SMR, soit être réadapté à 100 %. Je lui ai dit que je signalais tout de suite si on me trouvait un emploi adapté. J'avais effectivement des conflits familiaux dus au fait que j'avais dû arrêter de travailler, que ma femme avait dû reprendre un emploi, mais je n'ai jamais dit que je ne voulais pas être réadapté. Le technicien ne m'a d'ailleurs rien proposé de concret. Il m'a dit de dire à mon médecin qu'il le contacte. Le Dr L_____ a essayé à deux reprises en laissant, il me semble, un message, mais M. D_____ n'a jamais rappelé.

J'affirme que je n'ai jamais refusé un stage que m'aurait proposé M. D_____, j'ai donné suite à sa demande en contactant mon médecin, puis j'ai reçu une lettre me disant que j'avais refusé un stage, ce que je n'ai pas compris. Je conteste avoir dit au téléphone que je n'étais pas intéressé par une proposition de stage. Je serais disposé à effectuer un stage de réadaptation professionnelle. "

30. Le 1^{er} avril 2008, l'OCAI a indiqué qu'il était disposé à entrer en matière pour la mise en œuvre d'un stage professionnel ayant pour but de déterminer une nouvelle activité lucrative, compte tenu du taux de capacité de travail et des limitations fonctionnelles clairement établies médicalement.
31. Le 21 avril 2008, le recourant a relevé qu'il n'avait toujours pas été contacté par la réadaptation professionnelle.
32. Par communication du 22 mai 2008, l'OCAI a ordonné un stage d'observation professionnelle aux établissements publics pour l'intégration - service d'évaluation et de réadaptation professionnelle (EPI) du 2 juin au 31 août 2008.
33. Selon un rapport d'entretien téléphonique de la réadaptation professionnelle du 18 juin 2008 avec les EPI, l'assuré n'avait pas présenté de certificat médical pourtant demandé par les EPI. Lors du stage, il s'était rapidement mis en position couchée. Un retour dans le circuit économique semblait, selon les EPI, difficile.
34. Le 9 juin 2008, le Dr L_____ a certifié que le recourant était incapable de poursuivre son stage d'observation en raison de ses lombalgies lui imposant de se coucher régulièrement.
35. Par communication du 18 juin 2008, l'OCAI a relevé que le recourant s'était absenté dès le quatrième jour de stage pour raison médicale sans justification et l'a mis en demeure de se conformer aux engagements pris et de bien vouloir faire preuve de la

motivation indispensable à la réussite de l'observation professionnelle. Il lui était demandé de fournir un certificat médical d'incapacité accompagné des raisons objectives l'empêchant de participer au stage.

36. Le 20 juin 2008, le Dr L_____ a certifié que le recourant était dans l'obligation d'interrompre totalement ses activités professionnelles pour des raisons médicales, dès le 5 juin 2008 pour une durée indéterminée.
37. Le 25 juin 2008, le recourant a écrit à l'OCAI que son état de santé ne lui permettait pas d'accomplir tous les mouvements qu'une personne en bonne santé était en mesure d'assumer. Le médecin-conseil des EPI lui avait dit qu'il simulait. L'orientateur professionnel l'avait ensuite assis devant un ordinateur, ne tenant pas compte des limitations fonctionnelles constatées par le SMR. Il avait fait parvenir aux EPI une lettre circonstanciée de son médecin-traitant. Il convenait de reprendre la procédure devant le Tribunal cantonal des assurances sociales.
38. Le 2 juillet 2008, l'OCAI a indiqué que le stage avait été arrêté prématurément le 6 juillet 2008.
39. Le 2 juillet 2008, le recourant a transmis au Tribunal de céans copie de son courrier du 25 juin 2008 et requis la reprise de l'instruction par la convocation d'une audience de comparution personnelle.
40. Le 31 juillet 2008, le Dr S_____ du SMR a relevé que le Dr L_____ n'apportait aucun élément médical nouveau et toute activité conforme aux limitations fonctionnelles (pas de position statique prolongée assise, debout, en rotation/flexion du tronc ni en porte-à-faux et alternance de position une fois par heure pendant dix minutes nécessaire) était exigible à plein temps avec un rendement de 80 %.
41. Le 5 août 2008, la réadaptation professionnelle a rendu un rapport constatant que le stage avait été interrompu après trois jours de sorte que l'assuré s'était rendu inobservable. Une évaluation théorique de l'invalidité avait été faite, des mesures d'ordre professionnel étant impossibles. L'assuré s'était couché pendant deux heures après une heure trente de travail et avait déclaré ne pouvoir travailler que debout ou couché, ce qui était en contradiction avec les limitations fonctionnelles décrites par le SMR.

Le taux d'invalidité était de 38,5 % compte tenu d'un salaire sans invalidité de 74'500 fr. et d'un revenu avec invalidité de 45'807 fr (fondé sur l'ESS 2004, TA1, activité de niveau 4 à 80 %).

42. Le 8 août 2008, l'OCAI a observé que le taux d'invalidité de 39 % n'ouvrait pas droit à prestations.

43. Le 6 octobre 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr T_____, médecin spécialiste en rhumatologie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
44. Par courrier du 28 octobre 2008, l'intimé a déclaré qu'il n'avait pas de remarques sur le choix de l'expert ni de questions à ajouter à la mission d'expertise.
45. Le recourant n'a pas formé d'observations.
46. Le 22 janvier 2009, le recourant a été examiné par le Dr T_____. Dans son rapport d'expertise déposé le 11 mai 2009, ce médecin a rappelé que l'assuré décrivait des fortes douleurs lombaires augmentant aux moindres efforts et obligeant la prise d'antalgiques majeurs (morphine). Il n'avait plus travaillé depuis le 17 février 2004 et n'avait plus de vie sociale.

L'expert diagnostiquait des lombalgies chroniques sur un spondylolisthésis de L5 de grade I sur une lyse bilatérale. Le grade I correspondait à un déplacement de moins d'un tiers de la largeur de la vertèbre et était considéré comme bénin. Par ailleurs, l'examen dynamique demandé le 5 février 2009 ne montrait pas d'instabilité. La vertèbre ne se déplaçait pas lors de la fixation ou de l'extension du rachis.

L'expertisé avait aussi souffert d'une ostéoporose qui avait été traitée correctement. L'examen de 2007 n'avait plus mis en évidence une ostéoporose mais une ostéopénie. L'ostéoporose pouvait provoquer des douleurs lorsqu'elle était sévère (plus de 40% de perte osseuse) et que des tassements des vertèbres étaient en évidence. Tel n'était pas le cas en l'espèce. Les investigations avaient aussi mis en évidence, en 2004, un hémangiome para-lombaire droit au niveau de L3. Il était certain qu'avant l'intervention chirurgicale, cette pathologie pouvait être à l'origine de douleurs. Une fois cette tumeur bénigne enlevée, la situation était redevenue normale. Ce diagnostic ne permettait donc pas d'expliquer les douleurs.

L'examen clinique et le comportement de l'assuré évoquaient une majoration des symptômes. En dehors de la présence de l'expert, l'assuré, observé depuis une fenêtre, se déplaçait normalement et était même capable de marcher rapidement. En présence de l'expert, tous les gestes étaient exagérés et ne pouvaient pas correspondre à la pathologie décrite. L'expertisé retenait par contre-pulsion volontaire tous les mouvements initiés par l'expert. La flexion du rachis était impossible, la flexion des cuisses et des genoux également. A chaque fois, l'expertisé avait déclaré que les douleurs l'empêchaient de bouger. Toutefois, la flexion des cuisses en position couchée était un mouvement connu pour soulager les lombalgies. L'expert ne pensait pas que l'assuré simulait, car un état dépressif avait été décrit par le médecin traitant et un traitement antidépresseur avait été initié. Il convenait donc de se poser la question d'une atteinte psychiatrique à l'origine de

cette majoration. Cela étant, des traits dépressifs n'avaient pas été observés durant l'entretien, étant précisé que l'assuré était sous traitement de Fluctine. Sur le plan rhumatologique le pronostic était bon.

Par conséquent, du point de vue rhumatologique, l'assuré pouvait exercer une activité lucrative à 100% et ceci depuis le 1^{er} février 2005, qui tient compte des limitations fonctionnelles observées, permettant d'alterner de position toutes les heures, sans port de charges de plus de 10 kilos, pas de station debout prolongée (plus que 60 minutes) et pas de position répétée en flexion du rachis. L'ancienne activité n'était pas exigible. L'assuré ayant suivi une formation de technicien en informatique, il pouvait exercer à 100% cette profession si le poste proposé correspondait aux restrictions décrites.

L'expert se déclarait entièrement d'accord avec l'avis de la Dresse O_____ du SMR du 17 août 2006 et ne partageait en revanche pas l'opinion du Dr L_____, selon laquelle l'incapacité de travail était totale depuis le 17 février 2004. En particulier, il était selon lui erroné de penser que l'ostéoporose pouvait être à l'origine de cette incapacité de travail. En effet, il s'agissait d'une maladie silencieuse qui ne pouvait devenir symptomatique qu'en cas de tassement des vertèbres, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. De plus, cette affection avait évolué favorablement.

Des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires, dès lors que l'assuré possédait déjà une formation de technicien en informatique dont l'exercice à 100% était compatible avec les limitations fonctionnelles.

8. Le 27 mai 2009, l'intimé a communiqué au Tribunal un avis du Dr U_____, du SMR, du 26 mai 2009, selon lequel l'expertise du Dr T_____ rejoignait les conclusions de l'examen rhumatologique effectué par la Dresse O_____, selon lesquelles l'ancienne activité n'était plus exigible ; en revanche, dans une activité adaptée, notamment celle d'informaticien, la capacité de travail du recourant était entière. L'expertise judiciaire ayant confirmé l'appréciation médicale précédente, la décision entreprise devait être confirmée et le recours rejeté.
 9. Par courrier du 4 juin 2009, le recourant a fait savoir qu'il contestait les conclusions du Dr T_____, qui mettait clairement en doute la réalité de ses souffrances. Il s'étonnait qu'après un seul entretien, ce médecin ait pu balayer d'un revers de main les déclarations de médecin traitant. En tout état de cause, le Dr T_____ ayant suggéré une évaluation psychiatrique, il convenait de mettre en place une expertise dans cette discipline.
47. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Par ordonnance du 3 novembre 2008, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable et la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) applicable au cas d'espèce. Les dispositions de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (4^{ème} révision), sont également applicables.
2. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 30 avril 2005. Le versement d'une rente entière d'invalidité du 24 novembre 2004 au 30 avril 2005 n'est en revanche pas litigieux.
3. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
4. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66^{2/3} % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

5. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références). Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. A cet égard, l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de

l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

b) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. 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. A 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 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

d) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire

sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) 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/bb et cc).

7. En l'occurrence, l'expertise judiciaire rhumatologique réalisée par le Dr T_____ revêt une pleine valeur probante. L'anamnèse est complète, les plaintes de l'assuré sont prises en considération et font l'objet d'une discussion en relation avec les atteintes objectives constatées par le médecin, que ce dernier décrit de manière claire. De plus, l'expert a eu à sa disposition un dossier médical complet, comprenant notamment des radiographies dorsales, cervicales et lombaires de décembre 2003, une IRM lombaire du 19 février 2004, le dossier médical établi par la VAUDOISE et les différents rapports du SMR, notamment l'examen rhumatologique du 17 août 2006. Le Dr T_____ a d'ailleurs fait réaliser des clichés dynamiques du rachis lombaire en flexion-extension, qui ont permis de montrer qu'il n'y avait pas d'instabilité.

En particulier, l'expert a exposé de manière convaincante que le spondylolisthesis, de degré I n'était invalidant que dans des métiers de force, impliquant le port de charges ou les mouvements répétés en flexion du rachis. En revanche, dans une activité adaptée, notamment dans un travail de technicien en informatique, pour lequel l'expertisé avait été formé, la capacité de travail était entière en respectant les limitations fonctionnelles observées. Quant à l'ostéoporose, elle avait été traitée correctement et l'examen de minéralométrie pratiqué le 1^{er} novembre 2007 avait montré une densité osseuse ayant nettement augmenté au niveau du rachis lombaire et traduisant une évolution favorable. L'hémangiome paralombaire mis en évidence en 2004 avait été enlevé et la situation était redevenue normale.

L'appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré par le Dr T_____ concorde d'ailleurs avec les conclusions de l'examen rhumatologique du SMR du 17 août 2006. La Dresse O_____ avait en effet aussi estimé que dans une activité adaptée, notamment dans l'informatique, la capacité de travail du recourant était entière.

A l'instar de la Dresse O_____, le Dr T_____ a fixé au 1^{er} février 2005 la date à partir de laquelle la capacité de travail était entière dans une activité adaptée.

Compte tenu de ce qui précède, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il prétend que l'expert aurait balayé d'un revers de main l'avis du médecin traitant. En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; ATFA non publié I 113/06 du 7 mars 2007, consid. 4.4 et les arrêts cités), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF non publié 9C_480/2008 du 27 janvier 2009, consid. 4). Or, le recourant rend pas vraisemblable que le Dr T_____ aurait omis de prendre en considération certains éléments objectifs. Bien au contraire, en ce qui concerne notamment le diagnostic d'ostéoporose, notamment, le Dr T_____ a clairement expliqué pour quelle raison l'opinion du médecin traitant, selon laquelle l'état s'était aggravé, était erronée, les examens effectués en 2007 ayant mis en évidence une amélioration de la situation. Par conséquent, les conclusions du Dr T_____ seront suivies par le Tribunal de céans.

8. Force est ainsi d'admettre que le recourant présente, du point de vue rhumatologique, une capacité de travail entière dans une activité d'informaticien adaptée à ses limitations fonctionnelles et ce dès le mois de février 2005.

La mise en œuvre d'investigations médicales supplémentaires, notamment d'une expertise psychiatrique, telle que sollicitée par le recourant, n'apparaît en l'espèce pas justifiée. En effet, sur le plan rhumatologique la situation a été suffisamment investiguée. Par ailleurs, le dossier médical ne renferme aucun indice laissant soupçonner la présence d'une affection psychique susceptible d'entraver la capacité de travail de manière significative. En effet, tant le phénomène de majoration des plaintes évoqué par le Dr T_____, que l'état dépressif que le Dr L_____ a constaté ne semblent pas revêtir, au degré de la vraisemblance requis, l'intensité requise pour affecter la capacité de travail et semblent constituer des manifestations réactives à l'état douloureux présenté par le recourant. En effet, le médecin traitant a expliqué en audience que cet état dépressif était apparu à la suite du déclenchement de la maladie et qu'il était traité par une psychothérapie de soutien ;

il avait aussi prescrit un antidépresseur, la Fluctine, qui avait toutefois dû être stoppée en raison des effets secondaires. Le recourant n'a d'ailleurs pas été suivi par un psychiatre, voire un psychologue. Quant au Dr T _____, il n'a constaté aucun signe évocateur d'un quelconque état dépressif et il a précisé que l'expertisé était tonique et répondait avec rapidité et précision aux questions. Le Dr T _____ a pour le surplus rappelé le diagnostic de dépression signalé par le médecin traitant. Enfin, même si l'on devait admettre un état douloureux semblable à celui d'un trouble somatoforme douloureux dont l'étiologie est incertaine, il conviendrait d'en nier le caractère invalidant. En effet, il n'apparaît pas que le recourant réunit en sa personne les critères jurisprudentiels susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité au plan psychique d'une reprise de l'activité professionnelle (cf. par analogie ATF 131 V 49 et ATF du 12 juin 2008 9C 588/2007). Il n'a à l'évidence pas épuisé toutes ses ressources adaptatives, le recourant ayant notamment une vie de famille et même s'il affirme ne plus avoir de vie sociale, il amène son fils à l'école et promène son chien (cf. rapport d'expertise du Dr T _____, pp. 13-14).

Il n'apparaît ainsi pas que l'état psychique du recourant soit tel que la mise à profit de sa capacité de travail ne puisse pratiquement plus être raisonnablement exigée de lui (ATF 102 V 165), en particulier au vu des déclarations en audience du Dr L _____, lequel a principalement motivé l'incapacité de travail totale de son patient par les douleurs irradiantes et les effets secondaires des médicaments antidouleurs plutôt que par l'état dépressif qu'il mentionne tout en relevant qu'il entraîne principalement un symptôme d'irritabilité.

9. Il reste à déterminer si le recourant subit une perte de gain en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.
10. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1^{er} janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles

d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

11. En l'espèce, en application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2005. En effet, l'invalidité est de 100% jusqu'à fin janvier 2005 puisque le recourant était entièrement incapable de travailler dans l'activité exercée jusqu'ici, de sorte que la question du calcul de la rente ne se pose que dès le 1er février 2005, date à partir de laquelle selon l'appréciation médicale du dossier le recourant est en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée.

a) S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du questionnaire pour l'employeur rempli le 22 février 2005, que le salaire du recourant en 2002, dernière année entière pendant laquelle le recourant a été en bonne santé, était de 72'916 fr. Compte tenu de l'évolution des salaires jusqu'en 2005 (+ 1.4% en 2003 ; + 0.9% en 2004; + 1% en 2005), le revenu sans invalidité se monte à 75'348 fr. 30.

b) S'agissant du revenu d'invalidé, le recourant n'ayant pas repris une activité lucrative lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle de 100 %, il convient de se référer aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS). Une activité simple et répétitive dans le secteur privé pour un homme (niveau de qualification 4) donnait droit en 2004 (ESS 2004, Tableau TA1, valeur médiane, tous secteurs confondus, part au 13ème salaire comprise) à un revenu de 55'056 fr. (4'588 x 12). De plus, puisque les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2), le revenu statistique 2004 doit être adapté à l'horaire de travail en 2004 qui était de 41.6 heures par semaine (table T2.5.2), ce qui donne un revenu annuel de 57'258 fr. 25 (55'056 x 41.6 : 40). Adapté à 2005 (+ 1%), le revenu annuel statistique se monte à 57'831 fr.

Même dans une activité adaptée, le recourant doit éviter certaines tâches impliquant le port de charges supérieures à 10 kg, la station debout prolongée (pas plus que 60 minutes), la position répétée en flexion du rachis et il doit pouvoir changer de position toutes les heures. En conséquence, il a droit à une déduction qu'il convient de fixer à 10 % en raison des limitations liées à son handicap et de l'exercice d'activités légères (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). En définitive, le revenu d'invalidé s'élève à 52'048 fr. (57'831 – 10% de 57'831).

c) Le recourant présente ainsi un degré d'invalidité arrondi de 31% ([75'348 fr. 30 – 52'048] : 75'348 fr. 30 x 100 = 30.92%), ce qui n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il convient à cet égard d'observer que même avec un abattement de 15% sur le salaire statistique, ce qui constitue un maximum en l'espèce, le taux d'invalidité serait de toute manière inférieur à 40% (35%).

d) Compte tenu du délai de trois mois de l'art. 88a RAI, c'est à juste titre que l'OCAI a supprimé la rente entière à compter du 1^{er} mai 2005.

12. En ce qui concerne le droit éventuel à des mesures d'ordre professionnel, le Tribunal de céans observe que le recourant possède déjà une formation de technicien informatique susceptible de lui permettre d'exercer un travail adapté à ses limitations fonctionnelles (cf. expertise du Dr T_____, p. 23). Par ailleurs, le stage d'évaluation mis en place par l'OCAI s'est soldé par un échec. En revanche, si le recourant en fait la demande, une mesure d'aide au placement pourra le cas échéant lui être octroyée.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI-
RIZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le