

BVGer C-85/2019 vom 27. Januar 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-85_2019

FR: TAF C-85/2019 du 27 janvier 2021

IT: TAF C-85/2019 del 27 gennaio 2021

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.2

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). Aussi est-il compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par les décisions du 16 novembre 2018 et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elles soient annulées ou modifiées, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

E. 1.3

Domicilié en France voisine, le recourant doit être qualifié de frontalier, si bien que la procédure d'instruction de la demande de prestations a à bon droit été menée par l'office AI du canton M._____ et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 RAI).

E. 2.1

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Il se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

E. 2.2

Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24

consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 117 V 93 consid. 6b). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 218 consid. 2, 128 V 315, 121 V 365 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1, 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Au cas d'espèce, il y a donc lieu de s'en tenir aux faits survenus et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'aux prononcés du 16 novembre 2018. Cela étant, la documentation médicale versée en cause durant la procédure judiciaire - soit en particulier le rapport du Dr K. _____ du 2 juillet 2019 - ne sera prise en considération que dans la mesure où elle permet d'apprécier l'état de fait juridiquement pertinent au cas d'espèce.

E. 3

Au plan formel, le recourant reproche à l'autorité inférieure de ne pas s'être prononcée sur les suggestions d'experts soulevées lors de la mise en oeuvre de l'expertise. Ce faisant, il se plaint en réalité d'un défaut de motivation de la décision incidente du 16 juillet 2018 par laquelle l'autorité inférieure a désigné le Dr I. _____ en qualité d'expert, écartant par là-même occasion les spécialistes suggérés par l'assuré dans sa correspondance du 19 octobre 2017 (OAIE pces 189 et 233). Or, à supposer qu'il soit recevable dans la présente procédure (cf. TF 9C_174/2020 du 2 novembre 2020 consid. 6), ce grief doit être rejeté. Garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le devoir de motivation exige en effet de l'autorité qu'elle mentionne au moins brièvement les circonstances pertinentes qui l'ont guidée et sur lesquelles elle a fondé sa décision; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties (ATF 129 I 232 consid. 3.2 p. 236; 126 I 97 consid. 2b). Ainsi, conformément à l'art. 44 LPGA, il s'agissait en l'espèce pour l'OAIE de se prononcer sur les motifs de récusation invoqués par l'assuré (concernant l'art. 44 LPGA, cf. entre autres ATF 146 V 9 et réf. cit.). En revanche, et quoiqu'en pense le recourant, il n'appartenait pas à l'autorité de se prononcer sur l'opportunité de faire intervenir l'un des experts suggérés par l'assuré. Aussi la décision incidente n'est-elle pas sujette à critique sous l'angle de l'obligation de motiver. Toujours au plan formel, l'intéressé observe que la procédure d'audition a été clôturée sans que ne lui ait été donnée l'occasion de poser des questions complémentaires à l'expert. Ce moyen est toutefois dénué de fondement, dès lors que l'assuré a largement eu le temps de formuler ses réquisitions de preuve à réception du rapport d'expertise - intervenue en septembre 2018 (OAIE pce 243) -, puis dans le contexte de la procédure de contestation du projet de décision (OAIE pces 246ss) et, enfin, devant le Tribunal de céans, qui dispose d'un pouvoir d'examen complet (ATF 137 V 210 consid. 2.2.1 et 6 ; 136 V 113 consid. 5.3 ; 133 V 446 consid. 7 ; 132 V 368 consid. 7 ; s'agissant par ailleurs de la réparation de la violation du droit d'être entendu, cf. entre autres : TF 1C_382/2018 du 10 juillet 2019 consid. 3 ; 1C_502/2016 du 21 février 2018 consid. 2 et 3 ; 1C_387/2014 du 20 juin 2016 consid. 3 ; 1C_443/2016 du 3 janvier 2017 consid. 4).

E. 4

Défini par les conclusions du recourant, le litige porte exclusivement sur le droit à la rente au-delà du 1er novembre 2016. Ni le droit à la rente pour la période antérieure, ni le droit à des mesures de réadaptation ne sont en effet contestés par les parties (en ce sens, cf. notamment TF 9C_647/2017 du 12 janvier 2018 consid. 3 et 9C_763/2017 du 8 mai 2018 consid. 2 ; s'agissant du pouvoir d'examen du Tribunal, cf. ATF 125 V 413). Aussi la contestation s'inscrit-elle dans le double contexte du droit de l'assuré à une rente d'invalidité à la suite du dépôt d'une nouvelle demande de prestations (cf. art. 17 al. 1 LPGA applicable par analogie selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité

[RAI; RS 831.201]; voir aussi ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 71 consid. 3.2) et de l'octroi d'une rente dégressive (cf. également art. 17 al. 1 LPGA; entre autres : TF 9C_704/2016 du 28 décembre 2016 consid. 2.2 et les références).

E. 5

S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un élément d'extranéité puisque le recourant, domicilié en France, prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse pour y avoir cotisé. Dans ces circonstances, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse en vigueur jusqu'à la décision du 16 novembre 2018 (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 5.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Selon l'art. 17 LPGA - applicable par analogie (consid. 3 ci-dessus ; cf. ég. ATF 125 V 413 ; TF 9C_647/2017 du 12 janvier 2018 consid. 3 ; sur l'institution de la révision en général, cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3 p. 10 s.; 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ss; sur les situations à comparer, cf. ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss) - la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, l'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre.

E. 5.1.1

On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA).

E. 5.1.2

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; cf. également art. 59 LAI). S'agissant en particulier des douleurs et compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à en établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; cf. ég. ATF 141 V 574 consid. 4.1, 141 V 281 consid. 2, 140 V 290 consid. 3.3.1 et 130 V 396 consid. 5.3.2).

E. 5.2

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références).

L'appréciation des preuves est libre en ce sens qu'elle n'obéit pas à des règles de preuve légales prescrivant à quelles conditions l'autorité devrait admettre que la preuve a abouti et quelle valeur probante elle devrait reconnaître aux différents moyens de preuve les uns par rapport aux autres. Cela étant, si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a néanmoins établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b p. 352 ; cf. également TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3). Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motif impérieux des conclusions d'une expertise 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. 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 pas 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 351 consid. 3b/aa p. 352 ss). En d'autres termes, même s'il apprécie librement les preuves, le juge ne saurait toutefois, sans motifs sérieux, substituer son opinion à celle de l'expert; en l'absence de tels motifs, il s'expose au reproche d'arbitraire (ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469 s.; 118 Ia 144).

E. 5.3

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 429).

E. 6

En l'occurrence, il est établi et incontesté que depuis la décision du 3 janvier 2012, l'état de santé de l'assuré s'est notablement aggravé, essentiellement par l'apparition d'atteintes au niveau des genoux ainsi que par la péjoration de l'atteinte à l'épaule droite. Par ailleurs, il est admis de part et d'autre que le recourant a été incapable de travailler dans les suites de la pose en juin 2015 d'une prothèse du genou gauche et qu'il a recouvré en août 2016 une capacité de travail dans une activité adaptée (OAIE pces 142, 238 et 241).

E. 6.1

Cela étant, demeure seul litigieux le taux d'invalidité de 43 % reconnu à l'intéressé depuis août 2016. Ainsi, par un premier moyen, l'assuré remet en cause la valeur probante du rapport d'expertise du Dr I. _____ du 4 septembre 2018. Singulièrement, il reproche à ce médecin d'avoir minimisé et mal retranscrit ses douleurs aux épaules et genoux, ainsi qu'au niveau lombaire. Aux yeux du recourant, l'expert a par ailleurs observé à tort, d'une part, qu'aucun traitement chirurgical n'était prévu en relation avec le genou droit et, d'autre part, que l'intéressé n'a pas souhaité donner suite aux propositions de l'Office AI en matière de mesures d'orientation professionnelle. C'est à tort également que l'expert exclut le caractère adapté de l'activité à temps partiel exercée par l'assuré auprès du Golf Club de (...) depuis novembre 2016. Toujours selon l'assuré, le Dr I. _____ aborde finalement la situation de manière erronée dès lors qu'il s'abstient d'« expliquer comment l'assuré pourrait sans autre travailler 8 heures [par] jour [sans] subir une diminution de rendement ».

E. 6.1.1

Cette position ne convainc pas. Bien documenté, le rapport du Dr I. _____ du 4 septembre 2018 comporte en effet l'anamnèse de l'assuré, un descriptif détaillé des constatations objectives de même que les résultats des imageries réalisées. Ainsi, en pleine connaissance des circonstances pertinentes, l'expert a mené une appréciation convaincante et motivée des

points litigieux. On comprend en particulier aisément la nature des atteintes de l'assuré et leur évolution depuis la décision initiale de prestations de janvier 2012. Les diagnostics sont posés de façon détaillée, au regard du contexte médical déterminant. De même, les limitations fonctionnelles retenues par ce spécialiste en orthopédie sont précisément décrites à la lumière des constatations cliniques effectuées lors de l'examen personnel de l'assuré et clairement retranscrites dans le rapport d'expertise. Cela étant, il faut bien admettre que l'expertise retenue à la base de la décision attaquée satisfait en tous points aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante de tels documents.

E. 6.1.2

Aussi le recourant n'apporte-t-il pas d'élément qui permettrait de jeter le doute sur le bien-fondé de l'avis de l'expert. A cet égard, on ne voit en particulier pas que l'on puisse reprocher au Dr I. _____ d'avoir minimisé ou mal retranscrit les différentes plaintes de l'assuré. Il faut plutôt constater que le rapport d'expertise restitue fidèlement le tableau algique observé lors de l'examen personnel de l'assuré, le Dr I. _____ faisant utilement recours aux échelles d'évaluation de la douleur et distinguant systématiquement entre les données fournies par l'intéressé (ch. 3 de l'expertise) et celles issues de ses propres constatations (ch. 4 de l'expertise). Aussi le fait pour l'assuré de nuancer les observations formulées par ce médecin spécialiste ne saurait-il raisonnablement suffire à en invalider l'avis. Pour le surplus, le Dr I. _____ a valablement fixé l'exigibilité médico-théorique au regard non pas des plaintes subjectives de l'assuré, mais principalement des données objectives recueillies, soit notamment celles fournies par les imageries réalisées. De là, il n'est pas décisif que l'expert ait consigné, au niveau de l'épaule droite, des douleurs de faible intensité après 4 à 5 heures de conduite, plutôt que des douleurs moyennes après 4 heures de conduite, comme le prétend le recourant. Quoiqu'en pense ce dernier, il n'apparaît pas non plus pertinent que l'expert ait omis de préciser que les douleurs au genou gauche entraînent parfois des réveils et que la symptomatologie lombaire se manifeste la nuit de façon intermittente.

E. 6.1.3

C'est également sans fondement que le recourant reproche au Dr I. _____ d'une part d'avoir exclu le caractère adapté de son activité actuelle pour le compte du Golf Club de (...) et d'autre part de s'être abstenu d'« expliquer comment [il] pourrait sans autre travailler 8 heures [par] jour [sans] subir une diminution de rendement ». Il n'appartient en effet pas au médecin chargé d'une expertise d'établir que la personne assurée est en parfaite santé et, par conséquent, à même d'exercer une activité désignée ou d'assumer un poste concret ; son rôle est au contraire de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de cette dernière compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; cf. ég. ATF 142 V 106 consid. 4.3 et 141 V 281 consid. 3.7.2). Or, l'expertise incriminée est à cet égard largement suffisante.

E. 6.1.4

Pour le surplus, et quoiqu'en dise le recourant, l'expert n'a à aucun moment exclu toute indication chirurgicale concernant le genou droit, expliquant au contraire que l'assuré « est candidat à moyen terme à une hémiarthroplastie » (expertise, ch. 7.2). Quant à la position que le recourant prête au Dr I. _____ s'agissant de la mise en oeuvre de mesures de réadaptation, elle n'a pas de pertinence dans le contexte de l'expertise car cette question

ressort de la compétence de l'office AI.

E. 6.1.5

Dans ces conditions, on peut exclure tout motif impérieux exigeant de se distancer de l'expertise du Dr I._____, qui revêt une pleine valeur probante. Il y a d'autant moins de raison de s'écarter des conclusions de ce médecin qu'elles sont corroborées par celles des autres spécialistes consultés. En particulier, les Drs K._____ et J._____ reconnaissent à l'assuré une pleine capacité dans un emploi épargnant ses genoux, son rachis et ses épaules. C'est partant à juste titre que l'autorité précédente - sur avis de son médecin SMR et du Dr I._____ - a retenu que l'assuré dispose d'une capacité résiduelle de travail complète dans une activité adaptée.

E. 6.2

Considérant son âge et ses limitations fonctionnelles, le recourant soutient dans un second grief que le « marché équilibré du travail ne recèle aucune véritable opportunité [...] d'exercer une activité professionnelle à temps complet ».

E. 6.2.1

A l'inverse des limitations fonctionnelles, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; pour une casuistique: TF 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 5, 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7, 9C_46/2019 du 27 juin 2019 consid. 5, 9C_391/2017 du 27 novembre 2017 et 9C_536/2015 du 21 mars 2016 consid. 4).

E. 6.2.2

En l'espèce, lors de la réalisation de l'expertise auprès du Dr I._____ - qui constitue le dernier moment susceptible d'entrer en considération pour trancher la question de la mise en valeur de la capacité résiduelle -, le recourant était âgé de 60 ans. Or, vu en particulier son parcours professionnel, il n'est pas irréaliste de considérer qu'il était, encore à cet âge, en mesure de retrouver un emploi à temps complet sur un marché équilibré du travail. Il ressort en effet du dossier que l'intéressé a appris plusieurs professions (mécanicien et paysagiste) et qu'il a travaillé pour le compte de nombreux employeurs, dans divers domaines, assumant ainsi différentes fonctions (chef d'équipe, jardinier-paysagiste, chauffeur poids-lourd, conducteur d'engins, mécanicien ; OAIE pces 1, 2 14 et 75 notamment). Engagé comme jardinier/mécanicien, il a exercé au Golf Club de (...) des tâches de terrassier, de fontainier et de jardinier de parcours (OAIE pce 14). Suite à son accident de 2007, il a su s'adapter à un cahier des charges modifié, correspondant davantage à ses capacités fonctionnelles. Depuis la reprise à temps partielle de son activité en novembre 2016, il continue à assumer des charges variées, consistant essentiellement à manipuler et entretenir des engins divers (OAIE pce 169 p. 587). Aussi, les données ressortant de l'ESS, tableau TA1_skill_level

recouvrent un large éventail d'activités physiques ou manuelles simples, dont un nombre suffisant correspond aux travaux légers que l'assuré reste en mesure d'acquiescer. Dans ces conditions et compte tenu des limites relativement élevées posées par la jurisprudence à propos de l'impossibilité de mettre en valeur la capacité résiduelle de travail de personnes d'un certain âge, le grief du recourant doit être rejeté.

E. 6.3

En définitive, la décision attaquée retient à bon droit que l'assuré dispose depuis août 2016 d'une capacité de gain faisant apparaître une invalidité de 43 %, étant constaté que les modalités de la comparaison des revenus ne sont à ce stade pas contestées. C'est dès lors à juste titre également que la rente complète d'invalidité allouée depuis le 1er février 2016 a été diminuée à un quart de rente depuis novembre 2016 (art. 88a s RAI). Âgé de 58 ans au moment de la réduction de la rente, le recourant appartient certes à cette catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail. En pareilles circonstances, ce n'est en principe qu'à l'issue d'un examen concret de la situation de l'assuré et de la mise en oeuvre d'éventuelles mesures de réadaptation sur le marché du travail que l'office AI peut définitivement statuer sur la suppression de la rente (ATF 145 V 209 ; TF 9C_277/2020 du 5 octobre 2020 consid. 2.2). Cela étant, l'autorité a en l'occurrence ouvert un mandat de réadaptation, qui a été clôturé en mai 2017 (OAIE pce 167) et a donné lieu à la décision de refus de mesures de réadaptation du 16 novembre 2018, restée incontestée devant le Tribunal de céans (consid. 4 ci-avant). Ainsi, conformément à la jurisprudence précitée, la rente litigieuse a effectivement été réduite à l'issue d'un examen concret de la situation de l'assuré et de son aptitude à la réadaptation.

E. 7

En conclusion, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée en tous points.

E. 8

Conformément à l'art. 63 al. 1 PA, les frais de procédure, fixés à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant qui a succombé et sont prélevés sur l'avance de frais du même montant versée par le recourant dans le cadre de la présente procédure (TAF pces 2 et 3).

E. 9

En outre, il n'est pas alloué de dépens, le recourant étant débouté et l'OAIE, en tant qu'autorité, n'y ayant pas droit (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 FITAF [RS 173.320.2]). (le dispositif se trouve sur la page suivante)