



Cour III
C-6862/2019

Arrêt du 3 août 2021

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Daniel Stufetti, juges,
Julien Theubet, greffier.

Parties

A. _____, (France),
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité
pour les assurés résidant à l'étranger OAIE,**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente
(décision du 26 novembre 2019).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'assuré, le recourant, l'intéressé), résidant français né en 1962, exploite depuis 1985 en qualité d'indépendant un garage situé à (...) (OAIE pces 3, 20 et 29). Dans ce contexte, il a cotisé à l'assurance-veillesse, survivants et invalidité (OAIE pce 6).

B.

En juin 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une incapacité de travail de 40 % survenue dès le 18 janvier 2018 dans les suites d'une maladie de Crohn diagnostiquée plusieurs années auparavant (OAIE pce 3).

B.a Dans le cadre de l'instruction de cette demande, différents documents médicaux ont été portés en cause. Ainsi, dans une prise de position du 26 juin 2018, le Dr B._____ – spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie – a expliqué que l'assuré souffre depuis novembre 2014 d'une maladie de Crohn iléocolique à l'origine de diarrhées et douleurs abdominales associées à des douleurs articulaires aux genoux et aux chevilles. Après avoir développé des intolérances à plusieurs traitements, il bénéficie actuellement d'injections de Stelara permettant un transit normal sans douleurs abdominales mais avec des douleurs aux genoux, aux coudes et aux péri-hanches ; en outre, il présente une fatigue très importante et un état anxio-dépressif en lien avec la maladie de Crohn et un syndrome d'apnée du sommeil nouvellement découvert ; de janvier à septembre 2016, il a souffert d'une hépatite auto-immune, actuellement en rémission. Selon le médecin traitant, l'assuré est limité dans la pratique de son travail de garagiste indépendant en raison de la fatigue et des arthralgies induites par la maladie de Crohn ; singulièrement, il ne peut pas soulever ou porter d'objets lourds et sa résistance globale ainsi que sa capacité de concentration sont limitées. Ainsi, aux dires du Dr B._____, l'assuré présente depuis janvier 2018 une capacité de 60 % dans son activité habituelle de garagiste (OAIE pces 4 et 7 ; cf. également certificats et rapports médicaux du Dr B._____ des 29 janvier 2015, 16 avril 2016 et 18 janvier 2018 et leurs rapports histologiques, OAIE pces 1 et 7).

Le 3 août 2018, la Dre C._____ – spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré depuis 2013 – a expliqué que ce dernier a présenté une incapacité de travail de 20 % dès janvier 2016 puis de 40 % à partir de novembre 2017 en raison de sa maladie de Crohn, du

syndrome sévère d'apnées du sommeil apparu en février 2018, d'une suspicion d'état dépressif depuis novembre 2017 – qui suppose la mise en place d'un traitement indiqué suite à une réévaluation – et de troubles dégénératifs du rachis avec rachialgies. Au titre de limitations fonctionnelles, une difficulté à maintenir des positions sur une certaine durée est évoquée en relation avec les états de fatigue de l'assuré et ses douleurs articulaires et du rachis. A sa prise de position, la Dre C. _____ a annexé un suivi de consultations remontant à un polytraumatisme survenu en 1981 (OAIE pce 12).

B.b Par acte du 8 novembre 2018, il a été communiqué à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation n'était actuellement possible (OAIE pce 17).

B.c Dans une prise de position du 18 décembre 2018, le Dr D. _____ – médecin praticien SMR – a considéré que l'assuré, en raison d'une maladie de Crohn et d'un état anxio-dépressif, a présenté une incapacité de travail durable de 20 % de janvier 2016 à octobre 2017, puis de 40 % dès novembre 2017, depuis quand il est apte à la réadaptation et présente une capacité résiduelle de travail de 60 % dans toute activité limitant le port de charge et l'endurance à l'effort (OAIE pce 18).

B.d Le 22 juillet 2019, l'Office (...) de l'assurance-invalidité (ci-après : l'Office cantonal) a procédé à une enquête pour activité professionnelle indépendante afin de déterminer l'impact des atteintes à la santé de l'intéressé sur l'exploitation de son garage. Etabli essentiellement sur la base de pièces comptables et des déclarations – non signées – de l'assuré, le rapport d'enquête expose que celui-ci continue d'exploiter un garage modeste constitué en Sàrl, dans lequel il travaille seul et sans main-d'œuvre, mais avec l'aide de son épouse pour les tâches comptables et de tiers si besoin est. En raison de son état de santé, il a dû abandonner certaines activités, soit essentiellement les travaux de mécanique sur poids lourds, ainsi qu'une fonction de conducteur de nacelle élévatrice, qu'il exerçait généralement de nuit à la demande de la ville de (...) et dont les revenus étaient portés sans distinction au bilan de son garage. De façon générale, il subit une baisse de rendement et, depuis 2014, a progressivement réduit son temps de travail à 23 heures par semaines. Ainsi, le bénéficiaire a chuté au cours des années, passant d'un montant de l'ordre de Fr. 60'000.- en 2013 à un bénéfice inexistant en 2018. Cela étant, constatant que trop de facteurs étrangers à l'invalidité influencent le revenu tiré de l'exploitation de l'assuré – à savoir notamment la structure et la taille de l'entreprise –, les enquêteurs concluent que les pièces comptables ne permettent pas de fixer de manière fiable la perte de gain subie par l'assuré en raison de ses

atteintes ; aussi proposent-ils de déterminer le taux d'invalidité en référence aux statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et en considérant comme champs d'activité sans atteinte à la santé ceux de « direction », de « mécanique poids lourds », de « mécanique sur véhicules de tourisme » et de « conducteur de nacelle élévatrice », pondérés à respectivement 5 %, 50 %, 44 % et 1 % de l'activité totale et affectés par une incapacité de 5 % s'agissant des deux premiers et de 100 % pour les autres. De là, les enquêteurs retiennent une invalidité de 48 % issue de la comparaison entre un revenu sans invalidité de Fr. 66'023.- et un revenu d'invalidité de Fr. 34'277.- (OAIE pce 29).

B.e Suite à un projet de décision du 27 septembre 2019 (OAIE pce 34), l'assuré a contesté le résultat du rapport d'enquête du 22 juillet 2019, expliquant principalement avoir dû réduire le temps consacré à son activité de conducteur de nacelle élévatrice en raison de son état de santé, qui l'empêche d'exercer une activité de nuit ; ainsi, les revenus tirés de cette activité – qui représentait significativement plus du 1 % de l'activité globale – se sont montés à Fr. 6'900.- en 2018 alors qu'ils avoisinaient les Fr. 20'000.- en 2013 (correspondance du 28 octobre 2019, OAIE pce 39).

B.f Après que les enquêteurs ont maintenu leurs conclusions en dépit de la correspondance récente de l'assuré (prise de position du 12 novembre 2019, OAIE pce 40), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité inférieure, autorité précédente) a alloué à ce dernier, dès le 1^{er} décembre 2018, un quart de rente fondé sur une invalidité de 48 % (décision du 26 novembre 2019, OAIE pce 44).

C.

L'assuré interjette recours contre la décision de l'OAIE du 26 novembre 2019, concluant à son annulation et à ce qu'une rente d'invalidité supérieure lui soit allouée (recours du 23 décembre 2019, TAF pce 1).

L'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (réponse du 26 mars 2020, TAF pce 6).

Après que l'assuré a été rendu attentif aux effets d'un renvoi de la cause à l'autorité précédente, il a maintenu son recours. Il a en outre versé en cause de la documentation médicale attestant d'une incapacité de travail complète intervenue dès le 1^{er} octobre 2020 à la suite de la découverte dans le courant de l'été 2020 d'un anévrisme de l'aorte abdominale infra rénal et d'une cardiopathie ischémique de deux vaisseaux ayant donné lieu à des interventions en novembre 2020 et janvier 2021. S'en est suivi chez

l'assuré un état d'affaiblissement général, avec fatigues chroniques, l'ayant décidé à cesser l'exploitation de son garage (TAF pce 18 ; cf. également TAF pces 11, 13 et 16).

Droit :

1.

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 Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après : 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).

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 la décision du 26 novembre 2019 et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, 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.

1.3 Domiciliée en France voisine, le recourant doit être qualifié de frontalière, si bien que la procédure d'instruction de la demande de prestations a à bon droit été menée par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de (...) et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 RAI).

2.

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), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATAF 2013/46 consid. 3.2 ; 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).

2.2 Sous réserve par ailleurs 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'à la décision du 26 novembre 2019. Cela étant, la documentation médicale versée en cause durant la procédure judiciaire ne sera prise en considération que dans la mesure où elle permet d'apprécier l'état de fait juridiquement pertinent au cas d'espèce.

3.

Tel que défini par les conclusions du recours, le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur son degré d'invalidité (sur la notion d'objet de la contestation, voir ATF 125 V 413; cf. également MEYER/VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in: Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, p. 437 ss).

4.

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 (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).

4.1 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 LPG) 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).

4.2 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

4.3 Le taux d'invalidité s'évalue en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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). Selon la jurisprudence, les revenus avec et sans invalidité doivent être évalués de la manière la plus concrète possible, avec pour conséquence qu'ils se déduisent en principe des salaires réalisés par la personne assurée, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 139 V 592 consid. 2.2 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. également TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2).

Lorsque l'assuré est une personne de condition indépendante, la comparaison porte sur les résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité. Ce n'est que si ces données comptables ne permettent pas de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité – ce qui est le cas lorsque les résultats de l'exploitation ont été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité – que le taux d'invalidité doit être évalué en application de la méthode extraordinaire (consistant à évaluer le taux d'invalidité d'après

l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète). Les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent en effet souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs, lesquels constituent des facteurs étrangers à l'invalidité. Ainsi, il convient, dans chaque cas, afin de déterminer la méthode d'évaluation applicable, d'examiner si les documents comptables permettent ou non de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer aux facteurs étrangers à l'invalidité de celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré. Sinon, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative dans l'assurance-invalidité (art. 28a al. 2 LAI, en relation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA), procéder à une comparaison des activités pour déterminer quel est l'empêchement provoqué par l'atteinte à la santé, puis apprécier séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain (ATF 128 V 29; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.2 ; 9C_283/2018 du 7 décembre 2018 consid. 4.2.1 ; 9C_218/2015 du 15 octobre 2015 consid. 6.3 ; 9C_147/2014 du 9 mai 2014 consid. 7.2).

4.4 Ainsi, pour fixer le taux d'invalidité, l'administration – ou le juge s'il y a recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement 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 132 V 93 consid. 4 p. 99 ; 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les arrêts cités).

En particulier, le point de départ pour évaluer le caractère incapacitant des troubles psychiques (cf. ATF 141 V 281; 143 V 409; 143 V 418; 145 V 215) est l'ensemble des constatations médicales effectuées par les médecins psychiatres (ATF 141 V 281 consid. 2.1). Ces médecins - qu'ils exercent leur activité en qualité d'experts ou non - doivent motiver leurs diagnostics et décrire l'incidence de ceux-ci sur la capacité de travail de l'intéressé de telle manière que les organes chargés de l'application du droit (soit l'administration ou le juge en cas de litige) soient en mesure d'apprécier définitivement cette capacité (ATF 140 V 193 consid. 3.2) à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3).

4.5 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. Ainsi, le fait, tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour celui-ci ne libère pas le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure. (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les références).

L'appréciation des preuves est libre en ce sens qu'elle n'obéit pas à des règles 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 motifs 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/aa ; 118 la 144). L'appréciation des preuves est en revanche soumise à des exigences sévères lorsque l'administration ou, en cas de recours, le juge se fonde uniquement ou principalement sur les rapports de médecins rattachés aux assureurs. Une instruction complémentaire sera ainsi requise si des doutes, même faibles (« geringe Zweifel »), subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in

fine). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux qui ne résultent pas de l'examen personnel de l'assuré, présupposent que le dossier ayant servi de base à leur établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3) et permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré («lückenloser Befund»); en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical («feststehenden medizinischen Sachverhalts»), de sorte que la nécessité de procéder à l'examen direct de l'assuré n'apparaît plus au premier plan (entre autres: TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 et réf. cit.).

4.6 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, 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a), 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; 130 II 425 consid. 2).

5.

Il est au cas d'espèce établi que le recourant comptait au moins trois années de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité ayant justifié sa demande de prestations de juin 2018. Demeurent en revanche litigieuses les incapacités de travail et de gain susceptibles d'être prises en considération dans le cadre de l'examen du droit à la rente. Dans ce contexte, l'autorité inférieure retient que depuis le début en novembre 2017 du délai d'attente d'un an, l'assuré présente une capacité de travail résiduelle de 60 % dans une activité adaptée à ses troubles de la concentration et articulaires, qui limitent le port de charge et l'endurance à l'effort. Faisant par ailleurs siennes les conclusions du rapport d'enquête du 22 juillet 2019,

elle considère que la situation du recourant exige l'application de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, qui laisse apparaître un taux d'invalidité de 48 % ouvrant le droit à un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2018.

5.1 Dans son mémoire de recours, le recourant exprime que l'évaluation par les médecins consultés de sa capacité de travail ne correspond pas à la réalité. A cet égard, pour établir les circonstances médicales pertinentes, l'autorité s'en remet dans la décision attaquée au résultat de « l'instruction médicale ». Contrairement à ce qu'elle soutient, on ne voit toutefois pas que le dossier comporte en l'état une appréciation médicale respectant les réquisits en la matière et permettant d'établir en connaissance de cause la capacité résiduelle de travail de l'assuré. En particulier, l'appréciation fournie sur dossier par le Dr D. _____ en date du 18 décembre 2018 ne saurait se voir reconnaître une valeur probante suffisante. En effet, pour étayer ses conclusions, le médecin SMR se borne en réalité à renvoyer aux avis des Drs B. _____ et C. _____, qui reconnaissent en substance à l'assuré une capacité de travail de 60 % dans son activité habituelle, étant entendu que le port de charges lourdes est désormais proscrit en raison des arthralgies induites par la maladie de Crohn. Or, en ce qu'elles concernent le taux d'occupation encore exigible du recourant, les conclusions des médecins traitants semblent avoir été orientées par celui-ci. Ainsi, dans son mémoire de recours, l'assuré explique de façon crédible que lorsqu'en novembre 2017, « [son] médecin » a préconisé un arrêt de travail à temps partiel, il a été renoncé – pour permettre la poursuite de l'exploitation du garage – à attester une incapacité de travail de 50 %, pourtant plus en adéquation avec son état de santé. De là, on imagine mal que les prises de positions succinctes des Drs B. _____ et C. _____ constituent le résultat d'un examen objectif des circonstances médicales du cas d'espèce. Ces prises de position – qui ne comportent au demeurant pas d'examen clinique détaillé – ne sauraient par conséquent servir de base à une évaluation purement documentaire de la capacité médico-théorique de l'assuré. Dans ces conditions, on doute que l'appréciation du Dr D. _____ restitue fidèlement la capacité résiduelle de travail de l'assuré. L'appréciation du médecin SMR apparaît d'autant moins convaincante que celui-ci reconnaît à l'assuré un état anxio-dépressif incapacitant sans qu'aucun médecin psychiatre n'ait fourni à ce propos d'avis spécialisé. Aussi l'instruction médicale mise en œuvre à ce stade ne permet-elle pas de se prononcer en toute connaissance sur la capacité résiduelle de travail du recourant.

5.2 Le recourant soutient ensuite que la fixation par l'autorité de son taux d'invalidité procède d'une évaluation erronée des montants déterminants pour la comparaison des revenus. On doit lui donner raison. Les pièces au dossier ne permettent en effet pas de fixer le revenu sans invalidité de l'assuré. Si l'on ne saurait dans ce contexte remettre en cause l'application de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité – qui, comme l'exprime l'autorité précédente, s'impose au vu notamment de la taille et de l'organisation du garage exploité par l'assuré –, le rapport d'enquête économique n'est en effet pas suffisamment étayé relativement aux activités assumées par ce dernier avant la survenance de l'invalidité. Ainsi, les enquêteurs n'établissent pas de façon plausible et cohérente que l'activité accessoire de conducteur de nacelles qu'exerçait le recourant représentait effectivement le 1 % de son activité globale. Cette constatation correspondrait certes aux déclarations de ce dernier lors de la visite de son garage réalisée le 22 juillet 2019. Ces déclarations ne sont toutefois corroborées par aucune pièce comptable et n'ont pas été signées par l'assuré. A l'inverse, immédiatement après en avoir pris connaissance, le recourant a contesté le rapport d'enquête économique au sujet précisément de l'activité réalisée pour le compte de la ville de (...), expliquant que celle-ci permettait de générer des revenus annuels avoisinant les Fr. 20'000.-. De là, on imagine mal que les informations consignées par les enquêteurs suffisent à établir et à pondérer les différentes tâches qu'assumait l'assuré avant la survenance de l'invalidité. Contrairement à ce que suggèrent ces derniers dans leur prise de position du 12 novembre 2019, il apparaît pourtant décisif de déterminer précisément le revenu que générait l'activité accessoire litigieuse, puisqu'il semble admis que l'assuré n'est plus en mesure de l'exercer dans les mêmes conditions en raison des états de fatigue occasionnés par sa maladie de Crohn (a contrario : TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). L'instruction doit donc être complétée sur ce point également (s'agissant de la valeur probante des rapports au sens de l'art. 69 RAI, cf. entre autres TF 8C_308/2016 du 6 septembre 2016 consid. 5 ; cf. également ATF 130 V 61 consid. 6.2 et 128 V 93 consid. 4 ainsi que TF 9C_921/2011 du 22 février 2012 consid. 3.3.1, 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 8C_352/2008 du 9 octobre 2008 consid. 3.2.2 ; s'agissant par ailleurs de la jurisprudence relative aux premières déclarations, cf. ATF 121 V 47 consid. 2a).

5.3 En définitive, le dossier doit être complété par la mise en œuvre d'une instruction visant à établir, d'une part, la capacité résiduelle de travail du recourant compte tenu de l'ensemble de ses atteintes, à savoir – par soucis de pragmatisme – également celles évoquées au cours de la procédure judiciaire (cf. état de fait C., 3^{ème} paragraphe) ; d'autre part, l'instruction

aura pour objet de déterminer le revenu sans invalidité de l'assuré en vue de l'application de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité. A cette fin, la cause sera renvoyée à l'autorité précédente. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, celle-ci s'est en effet contentée de solliciter l'appréciation documentaire de son médecin conseil, qui s'est prononcé sans disposer de la documentation adéquate. Or, une telle façon de faire doit être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4).

Aussi, pour établir la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans le cadre de sa demande de juin 2018, l'OAIE mettra en œuvre – en Suisse et dans le respect de l'art. 72bis RAI (art. 29 LAI et 81 du règlement (CE) n° 883/2004) – une expertise médicale pluridisciplinaire comprenant les volets psychiatrique, de chirurgie vasculaire et de médecine interne ainsi que toute autre discipline jugée nécessaire par les experts, à l'instar le cas échéant de la cardiologie (ATF 139 V 349 consid. 3.2 ; TF 9C_174/2020 du 2 novembre 2020 consid. 7). Afin par ailleurs de procéder à la comparaison des revenus, l'autorité requerra dans un premier temps du recourant la production de tout document susceptible d'établir et de pondérer les différentes activités qu'il assumait avant puis après la survenance de l'invalidité. Pour le surplus, le recourant sera libre, dans le contexte de l'instruction à intervenir, de demander la rectification de son compte individuel, dont les revenus inscrits pour les 1983, 1984, 1985 et 2000 sont contestés dans la présente procédure.

6.

Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 26 novembre 2019 doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité précédente pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

7.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. Le recourant a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 3 et 4). Il n'est par ailleurs pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 26 novembre 2019 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (recommandé avec avis de réception ; annexe : formulaire de paiement)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :