



Cour III
C-2344/2009
{T 0/2}

Arrêt du 12 octobre 2010

Composition

Elena Avenati-Carpani, juge unique,
Delphine Queloz, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maître José Nogueira Esmorís,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, décision du 2 mars 2009.

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol, A._____, né en 1955, a travaillé en Suisse durant les années 1980-1984 (années incomplètes, sauf 1983), 1989-1991 (années incomplètes), 1996-1999 (années incomplètes) et 2001-2006 (années incomplètes sauf 2004) dans le domaine de la construction en qualité de maçon. Il a également perçu des indemnités de chômage suisse en 2004, 2005 et 2006 (pce 32). Dès 1993, en Espagne, il a créé son entreprise de maçonnerie et est devenu indépendant (pce 11 ch. 3.4 et pce 27).

B.

Le 10 juillet 2008, il a présenté une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) qui la transmet à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE; pce 2).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAIE a versé les pièces suivantes au dossier entre autres:

- la déclaration espagnole d'impôt sur le revenu des particuliers de 2005 datant du 12 juin 2006 d'où il ressort que le rendement net annuel de l'entreprise est de EUR 5'052.04 (pce 12);
- la déclaration espagnole d'impôt sur le revenu des particuliers de 2006 datant du 30 mai 2007 d'où il ressort que le rendement net annuel de l'entreprise est de EUR 8'788.17 (pce 12);
- la déclaration espagnole d'impôt sur le revenu des particuliers de 2007 datant du 2 juin 2008 d'où il ressort que le rendement net annuel de l'entreprise est de EUR 2'559.78 (pce 12);
- le rapport médical, non daté, rédigé par le Dr. B._____ qui pose le diagnostic d'une fracture de la vertèbre lombaire L2 (pce 14);
- le rapport médical d'incapacité temporaire pour cause d'accident non professionnel, daté du 3 décembre 2007, concernant la période du 30 novembre 2006 au 29 novembre 2007, du Dr. B._____ qui fait état d'un diagnostic d'une fracture fermée bimalléolaire de la cheville (pce 15);

- le questionnaire à l'assuré daté et signé de la main du requérant le 25 novembre 2008 duquel il ressort qu'il a travaillé en dernier jusqu'au 30 décembre 2006 en qualité de maçon indépendant, quarante heures par semaine, pour un salaire mensuel de EUR 648.75 et qu'il a dû interrompre son activité à cause d'un accident non professionnel du 30 décembre 2006 au 20 décembre 2007 (pce 20);
- le questionnaire pour indépendants daté et signé de la main du requérant le 25 novembre 2008 duquel il ressort qu'il était maçon indépendant à plein temps jusqu'au 30 décembre 2006 et qu'il avait quatre employés (pce 21);
- le rapport médical de sortie du 12 décembre 2006 rédigé par le Dr. C._____ concernant l'hospitalisation du 29 novembre au 5 décembre 2006 pour une fracture à l'extrémité inférieure de la vertèbre lombaire L2 sans atteinte à la partie supérieure et une fracture bimalléolaire de la cheville gauche qui a nécessité une intervention chirurgicale en urgence (pce 22);
- le rapport médical du service de traumatologie du 13 mars 2007 rédigé par le Dr. D._____ qui fait état de la fracture de la vertèbre lombaire L2 et d'une fracture bimalléolaire de la cheville qui a nécessité une intervention chirurgicale intervenue le 29 novembre 2006 après une chute de quatre mètres et qui spécifie que pour le moment le patient doit porter un corset quand il est en station debout sur les deux pieds et en déambulation en charge progressive (pce 23);
- le rapport médical du 3 mars 2008 rédigé par le Dr. B._____ qui observe l'état à ce jour soit que le calus de la fracture fusionne partiellement et antérieurement la vertèbre lombaire L1 à la L2 et précise que le patient relate des douleurs dans la malléole du péroné en relation avec les protrusions de la plaque d'ostéosynthèse (pce 25);
- le rapport E 213 daté du 11 août 2008 établi par la Dresse E._____, médecin de l'INSS, retenant le diagnostic de fracture de l'extrémité antérieure de la vertèbre lombaire L2 sans atteinte à la partie postérieure, de fracture bimalléolaire de la cheville gauche et de l'ostéosynthèse et indiquant une limitation dans les derniers degrés de flexion lombaire, une limitation globale

de la mobilité de la cheville gauche de plus de 50 pour cent, des comportements neurologiques de mouvements et de marche normaux, le calus de la fracture qui fusionne partiellement la vertèbre lombaire L1, la plaque d'ostéosynthèse dans le péroné et les vis dans la malléole tibiale. Le médecin a conclu à des dommages fonctionnels légers, à un déficit fonctionnel limité aux activités qui requièrent de courir et de sauter de manière continue et à la capacité d'effectuer de manière régulière un travail lourd sans l'aide d'une personne et d'effectuer l'activité de maçon ou un autre travail adapté à temps complet, l'intéressé ne remplissant pas les critères d'une incapacité permanente (pce 26).

C.

Dans sa prise de position médicale du 20 décembre 2008 (pce 28), le Dr. F._____ du Service médical de l'OAIE n'a retenu que les diagnostics de status après tassement modéré de la vertèbre lombaire L2 et status après fracture de la cheville gauche traitée par ostéosynthèse qui sont sans répercussion sur la capacité de travail. Il a également indiqué que l'atteinte fonctionnelle était tout à fait minime avec une limitation de la flexion au niveau lombaire et une légère limitation au niveau de la cheville et que ces atteintes restaient compatibles avec la dernière activité de l'assuré.

D.

Par projet de décision du 8 janvier 2009 (pce 29), l'OAIE a informé A._____ qu'il n'existait pas d'incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, au sens des dispositions légales suisses et que malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente et que par conséquent la demande de prestations serait rejetée.

Par courrier de son représentant, Maître José Nogueira Esmoris, du 12 février 2009 (pce 30), A._____ a fait opposition et a invoqué, entre autre, que la profession de maçon exigeait de courir, de sauter et de marcher en équilibre par exemple sur des rampes ou des escaliers ce qui correspondait aux limites fonctionnelles qu'on lui avait reconnues. Il a demandé à ce que son incapacité soit établie et à recevoir au minimum un quart de rente. Il n'a produit aucun document médical.

E.

Par décision du 2 mars 2009 (pce 31), l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité présentée le 10 juillet 2008 par A._____. A l'appui de son prononcé, l'autorité inférieure a invoqué les motifs avancés dans son projet de décision du 8 janvier 2009.

F.

Par courrier recommandé du 7 avril 2009, A._____, par l'intermédiaire de son représentant, a interjeté recours contre la décision du 2 mars 2009 concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a allégué les mêmes motivations que dans son courrier du 12 février 2009 sans produire aucun document médical.

G.

Dans sa réponse du 8 juin 2009, l'OAIE a proposé le rejet du recours en relevant que malgré les diverses atteintes dont souffre le recourant, l'ancienne activité professionnelle de maçon pourrait être encore exercée normalement à plein temps et que A._____ n'avait fait valoir aucun argument pertinent ni n'avait présenté de documents permettant de revenir sur la prise de position médicale.

Invité par le Tribunal administratif à se prononcer sur la réponse au recours, le recourant a déposé une réplique, par l'intermédiaire de son mandataire, en date du 14 juillet 2009. Il a argué qu'il fallait tenir compte de son statut de maçon indépendant ayant des employés à charge et du fait que ses problèmes de santé affectaient la réalisation de la majorité de ses travaux et par conséquent sa capacité économique.

H.

Par décision incidente du 4 août 2009, le Tribunal administratif fédéral a impartì au recourant un délai de trente jours dès réception pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de frais de Fr. 300.--. En date du 21 août 2008, A._____ s'est acquitté du montant de l'avance de frais.

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE, concernant l'octroi de prestations d'invalidité, peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral, conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20).

En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA, dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

1.4 En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et

52 PA), et que l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée.

2.

2.1 L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. À cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II, qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs États (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972, relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des États membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

2.2 Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord - en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure, de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse, ressortissent au droit interne suisse.

2.3 L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972, relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71.

3.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur

de la LAI au moment de la décision entreprise, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 et réf. cit.). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007, s'examine à la lumière des anciennes normes.

4.

Le requérant conteste la validité matérielle de la décision de l'OAIE du 2 mars 2009, dans la mesure où il prétend avoir droit à une rente d'invalidité.

5.

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse:

- être invalide au sens de la LPG/LAI et
- avoir versé des cotisations à l'AI suisse durant au moins trois années (art. 36 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

En l'espèce, le requérant a versé des cotisations à l'AI pendant plus de trois années au total (pce 32) et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 Aux termes de l'art. 8 LPG/LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est,

par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

6.2 Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside.

6.3 L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

6.4 Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, 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. 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). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, 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. 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 (art. 7 al. 2 LPGA).

7.

7.1 Le recourant a travaillé de nombreuses années en Suisse. Dès 1993, il a créé sa propre société et est devenu maçon indépendant au

Espagne. Depuis juin 2006, il a travaillé exclusivement dans son pays et ce jusqu'au 29 novembre 2006, date de son accident non professionnel. Jusqu'à cette date, il a pu travailler 40 heures par semaine sans limitation de santé. Le Tribunal peut donc retenir qu'au moins jusqu'au 29 novembre 2006, le recourant n'a pas présenté d'invalidité au sens de la législation suisse.

7.2 Selon les dires du recourant, il a interrompu son travail du 30 décembre 2006 au 20 décembre 2007. Il est à préciser que selon la déclaration fiscale, l'entreprise du recourant a quand même fait EUR 2559.78 de bénéfice en 2007.

7.3 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré. C'est la méthode dite ordinaire de comparaison des revenus (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.2).

Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les revenus à comparer avant et après invalidité chez un assuré exerçant une activité lucrative notamment indépendante, il faut procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète. C'est la méthode dite extraordinaire d'évaluation de l'invalidité qui requiert de déterminer quels sont les empêchements provoqués par la maladie ou l'infirmité et d'apprécier séparément les effets de ces empêchements sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'incidence réelle effective n'était pas prise en compte de façon déterminante, on violerait le principe selon lequel l'invalidité, pour

cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain, en effet, il n'y a pas toujours de corrélation entre des limitations physiques et une diminution de la capacité de gain (cf. ATF 128 V 29 consid. 1; arrêt du Tribunal fédéral I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.4), notamment s'agissant d'activités administratives ou pouvant être en partie déléguées à des auxiliaires.

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

8.

En l'espèce et selon l'avis unanime des médecins de l'INSS et de l'OAIE, il est établi que le recourant souffre d'un status après tassement modéré de la vertèbre lombaire L2 et d'un status après fracture de la cheville gauche traitée par ostéosynthèse.

9.

9.1 L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides

9.2 Le Tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

10.

Dans sa décision entreprise et sa réponse au recours, l'autorité inférieure a estimé que le recourant ne présentait pas une incapacité de travail suffisante pour ouvrir le droit à une rente, dans la mesure où l'activité professionnelle de maçon est exigible à 100 pour cent.

Le recourant a en substance avancé que l'activité de maçon exigeait de lui de courir, de sauter, de marcher en équilibre ce qui correspondait aux limites fonctionnelles décrites par le médecin de l'INSS.

10.1 Il ressort du rapport E 213 du 11 août 2008 que bien qu'ayant souffert d'une fracture de l'extrémité antérieure de la vertèbre lombaire L2 sans atteinte à la partie postérieure et d'une fracture bimalléolaire de la cheville gauche traitée par ostéosynthèse, le recourant peut effectuer son travail de maçon à temps complet, il ne présente pas d'incapacité permanente et les seuls déficits fonctionnels sont limités aux activités qui requièrent de courir et de sauter de manière continue.

10.2 Selon le médecin de l'OAIE, dans sa prise de position du 20 décembre 2008, le recourant souffre de status après tassement modéré de L2 et de status après fracture de la cheville gauche traitée par ostéosynthèse qui sont sans répercussion sur la capacité de travail. Il a estimé que le recourant n'avait aucune incapacité de travail. Les atteintes fonctionnelles ne concernent qu'une limitation de la flexion au niveau lombaire et une légère limitation au niveau de la cheville gauche. Selon ce médecin, ces limitations sont tout à fait minimales et restent compatibles avec l'activité de maçon.

10.3 Dans son opposition du 12 février 2009, son recours du 7 avril 2009 et sa réplique du 14 juillet 2009, le recourant a invoqué les difficultés physiques inhérentes à sa profession (courir, sauter, marcher en équilibre) ainsi que sa capacité de gain amoindrie, par le fait que ses soucis de santé affectaient la réalisation de la majorité de ses travaux, et les charges consécutives à son entreprise (notamment concernant ses employés). Il n'a toutefois produit aucun nouveau document médical susceptible de démontrer son invalidité.

10.4 Rien au dossier ne permet de mettre en doute l'appréciation et les conclusions de la prise de position médicale du 20 décembre 2008 du service médical de l'OAIE, confirmées par le

rapport E 213 du 11 août 2008, selon laquelle l'intéressé a une capacité de travail de 100 pour cent dans son activité habituelle. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans peut considérer, à l'exception de quelques mois après l'accident de novembre 2006, que le recourant est apte à exercer son activité habituelle à 100 pour cent.

10.5 Une comparaison du revenu sans invalidité avec le revenu d'invalidité est donc superflue et ne se justifie pas. En effet, le recourant aurait pu continuer son activité habituelle dans une mesure excluant le droit à une rente d'invalidité suisse.

11.

Il s'en suit que la décision du 2 mars 2009 doit être confirmée et le recours rejeté.

12.

Il est en outre utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et réf. cit.). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assurée, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (ATF 107 V 21 consid. 2c; RCC 1991 p. 333 consid. 3c, 1989 p. 325 consid. 2b, 1982 p. 34 consid. 2c).

13.

13.1 Le recours étant manifestement infondé (voir en particulier consid. 10), la cause peut être traitée par le juge unique (art. 85^{bis} al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10] applicable par le renvoi de l'art. 69 al. 2 LAI).

13.2 Vu l'issue de la cause les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.--, sont mis à la charge du recourant

débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.02]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant déjà versée.

13.3 Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.--, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 300.--.

3. Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. AI ES/____.____.____.____./MQG ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales, Berne (Recommandé)

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

La juge unique :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Delphine Queloz

Indication des voies de droit :

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit 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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :