

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mai 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Métral, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant de Bosnie et Herzégovine né en 1963, marié et père de quatre enfants aujourd'hui majeurs, a essentiellement œuvré dans le domaine de la construction dans sa patrie avant d'arriver en Suisse en 1997. A compter du mois de mars 2002, il a travaillé en qualité de plâtrier au sein de trois entreprises successives, toujours pour le compte du même employeur. Après une période de chômage entre le 1^{er} janvier et le 3 mars 2019, l'assuré a été réengagé par ce même employeur en tant que plâtrier à 50 % dès le 4 mars 2019, percevant pour le surplus des indemnités de l'assurance-chômage. L'intéressé s'est ensuite trouvé en arrêt de travail à 100 % dès le 5 juillet 2019 et sera finalement licencié pour des raisons économiques au 30 novembre 2019.

En date du 23 avril 2019, l'employeur de l'assuré a adressé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) une déclaration de sinistre faisant état d'une maladie professionnelle affectant X. _____ au niveau des deux poumons. Dans ce contexte, la CNA s'est notamment vu transmettre un rapport de CT-scan thoracique du 11 janvier 2019 aux termes duquel la Dre C. _____, radiologue, concluait à de nombreuses adénopathies médiastinales et hilaires bilatérales, associées à plusieurs nodules pulmonaires infracentimétriques disséminés dans l'ensemble des deux plages pulmonaires ; divers examens complémentaires s'en sont suivis, sur la base desquels le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne et pneumologie, a établi un rapport le 25 mars 2019 signalant la présence de grains de silice biréfringents dans différents prélèvements et évoquant un diagnostic de silicose, d'autant que le patient travaillait comme plâtrier-peintre [recte : plâtrier] et avait été exposé à beaucoup de poussière inorganique dans le passé. Le cas a ensuite été soumis à la Division de médecine du travail de la CNA, dont les spécialistes ont estimé que si une légère augmentation de l'exposition à la poussière de quartz était certes présente, le diagnostic de silicose était néanmoins tout au plus possible mais pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. courrier électronique du 5 novembre

2019 de la Dre J._____, spécialiste en médecine interne, pneumologie et médecine du travail), de sorte que la maladie n'était donc pas confirmée (cf. avis du 8 novembre 2019 du Dr E._____, spécialiste en médecine du travail).

B. En parallèle, le 31 août 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une maladie tumorale (silicose) à l'origine d'adénopathies médiastinales et de nodules pulmonaires.

Des pièces communiquées par l'autorité compétente en matière d'assurance-chômage, il est ressorti que la Dre Q._____, médecin généraliste traitante, avait établi les 23 et 25 septembre 2019 deux attestations certifiant en substance que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas de travailler dans la poussière (poussière de bois, poussière de ponçage du plâtre et de peinture) et plus exactement dans le bâtiment.

Par communication du 26 novembre 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous forme de modules externalisés auprès d'I.____ SA à [...], du 9 décembre 2019 au 29 mai 2020. A la suite d'un premier entretien le 29 janvier 2020 avec l'intéressé et son fils (ce dernier faisant office d'interprète), les intervenants d'I.____ SA ont établi un compte-rendu le 3 février suivant, relevant que l'assuré faisait état d'un meilleur état de santé qu'un an et demi auparavant grâce aux médicaments pris et à l'absence de contact avec de la poussière et des peintures. A l'heure actuelle, l'intéressé affirmait souffrir de douleurs à la poitrine, de picotements au niveau du thorax et de maux de tête ; il signalait de surcroît être très rapidement fatigué après un effort physique, subir une fatigue importante l'obligeant à dormir l'après-midi et avoir l'impression de perdre un peu la mémoire. Les intervenants d'I.____ SA ont par ailleurs souligné que l'assuré estimait ne pas être apte à se projeter dans une activité professionnelle autre que celle de plâtrier et que, du reste, la quasi-méconnaissance de la langue

française était clairement un obstacle à la réinsertion et au processus de réorientation. Compte tenu du niveau de français, la poursuite de la mesure n'était pas préconisée - ce dont l'OAI a ultérieurement pris acte (cf. notice « *IP - Proposition de DDP* » du 19 février 2020 et communication du 19 février 2020).

Aux termes d'un questionnaire complété le 13 février 2020, l'ancien employeur de l'assuré a notamment précisé que ce dernier avait œuvré en tant qu'aide-plâtrier - activité dans le cadre de laquelle l'intéressé avait été appelé à poser des cloisons et des plafonds, manipulant à cet effet des éléments en alba ou en placo.

Par rapport du 1^{er} avril 2020, le Dr B. _____ a exposé ce qui suit :

"Monsieur X. _____ est un patient âgé de 55 ans, originaire de Bosnie, plâtrier de profession, important tabagique (60UPA). Il jouit d'une bonne santé. Comme seuls antécédents, je signale une hernioplastie inguinale en 2008 et une hypertension artérielle traitée.

Dans le cadre d'investigation d'un profil tensionnel élevé, un angio-CT des artères rénales a été réalisé. Cet examen a objectivé de façon fortuite la présence de nodules pulmonaires, ce qui a justifié un CT-scan thoracique le 11.01.2019. Ce dernier révèle des adénopathies médiastinales et hilaires bilatérales, ainsi que de nombreux nodules pulmonaires infracentimétriques distribués sur les deux plages pulmonaires.

Quand j'ai examiné le patient le 28.01.2019, il n'avait aucune plainte respiratoire ni systémique. Le bilan fonctionnel pneumologique était normal, en particulier il n'y avait pas de trouble ventilatoire obstructif et restrictif, ni de trouble de la diffusion.

La bronchoscopie du 19.02.2019, réalisée par le Docteur R. _____, a objectivé une endoscopie normale, hormis la présence de quelques sécrétions mucoïdes diffuses qui ont été facilement aspirées. Les différents prélèvements (LBA du lobe moyen, biopsie de la muqueuse bronchique, ponctions sous contrôle EBUS d'adénopathies médiastinales et hilaires) se sont réalisés sans complication.

Aucune cellule tumorale n'a été identifiée, les prélèvements sont revenus stériles, le LBA a objectivé une lymphocytose alvéolaire avec un rapport CD4/CD8 dans la limite inférieure de la norme, avec CD103 à 40%. Il n'y a pas de granulome ni de cellule histiocytaire épithélioïde ou cellule géante multinucléée aux différents

prélèvements cytologiques. Présence par contre de nombreux grains de silice biréfringents à la lumière polarisée.

En prenant en considération l'activité professionnelle du patient, la sémiologie radiologique des nodules pulmonaires et des adénopathies médiastinales, ainsi que les résultats des prélèvements cytologiques et du LBA, je retiens un diagnostic de silicose. Une sarcoïdose entre dans le diagnostic différentiel.

L'éviction de poussières inorganiques contenant des cristaux de silice est l'option de choix. Un traitement spécifique n'entre pas en considération. Un suivi clinique, fonctionnel et éventuellement radiologique annuel me paraît justifié. L'utilisation de masque de protection sur le lieu de travail est une contrainte nécessaire ; si pas réalisable, une reconversion professionnelle devrait lui être proposée.

L'état respiratoire de Monsieur X._____ est bon malgré son important tabagisme ; une incapacité de travail dans une activité qui ne l'expose pas à des poussières de silice ne se justifie pas.

J'ai prescrit un arrêt de travail pour le patient uniquement le 19.02.2019, le jour où la bronchoscopie a été réalisée."

Par rapport du 5 mars 2021, le Dr M._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé avec des répercussions assécurologiques. Le Dr M._____ a plus particulièrement relevé qu'une suspicion de silicose était certes discutée depuis 2019 mais que, sur le plan fonctionnel, l'intéressé ne présentait pas de plaintes ou de difficultés respiratoires. Des mesures de protection préventives du fait de son emploi de plâtrier-peintre [recte : plâtrier] étaient des mesures de bon sens et ne constituaient pas des limitations fonctionnelles objectives faute d'atteinte à la santé à caractère durablement incapacitant. Le fait qu'aucun élément médical postérieur à avril 2020 n'ait été communiqué n'était du reste pas incohérent vu l'absence d'indication à un suivi/traitement spécialisé rapproché.

En date du 9 mars 2021, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Pour l'essentiel, l'office a considéré que l'intéressé ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'assurance-invalidité et que ses problèmes de santé n'entravaient pas l'exercice d'une activité professionnelle. La capacité de travail était

conséquemment entière dans toute activité. Dès lors, le droit à une rente d'invalidité devait être nié.

Aux termes d'une correspondance du 7 avril 2021, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Il a plus particulièrement contesté le refus de l'OAI de mettre en œuvre des mesures professionnelles alors même qu'il ne pouvait plus travailler dans le bâtiment ou dans tout autre emploi l'exposant à la poussière et qu'il n'avait pas de compétences dans des domaines autres que la maçonnerie ou la plâtrerie-peinture.

Dans un rapport du 20 avril 2021, la Dre Q._____ a résumé les antécédents médicaux de l'assuré, signalant en particulier une silicose (dont la reconnaissance au titre de maladie professionnelle avait été refusée), un surpoids (indice de masse corporelle : 29), un syndrome d'apnées du sommeil léger, une dyslipidémie de type V selon Fredrickson et une pathologie cardiaque stable sous médication, pour laquelle l'intéressé bénéficiait d'un suivi spécialisé une fois par an. La Dre Q._____ a également précisé que le patient était sevré de tabac depuis la fin de l'année 2017 et fumait une cigarette électronique. Parmi les pièces produites en annexe, figuraient des rapports des 27 décembre 2019, 6 juillet 2020 et 19 mars 2021 du Dr W._____, cardiologue, exposant que l'assuré était connu pour de multiples facteurs de risque cardiovasculaire dont une hypertension artérielle avec une discrète cardiopathie hypertensive (fraction d'éjection du ventricule gauche [FEVG] 55 %), stable sous traitement médicamenteux et avec une capacité fonctionnelle - respectivement une capacité d'effort - conservée. Des documents joints, il résultait plus spécifiquement qu'une scintigraphie myocardique n'avait pas démontré d'ischémie en 2018 et qu'aucune maladie coronarienne n'avait été révélée lors d'un CT-scan du 15 juillet 2020. Les pièces annexées par la Dre Q._____ montraient de surcroît que l'assuré était suivi au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier L._____) pour sa dyslipidémie de type V selon Fredrickson, qu'il n'y avait pas d'indication à traiter directement l'hypertriglycéridémie dans la mesure où les valeurs de triglycérides étaient modérément

élevées (< 10 mmol/l) et que la médication avait pour le surplus été adaptée en raison d'un haut risque cardiovasculaire (rapport du 10 novembre 2020 des Drs T._____ et F._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant au Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier L._____).

Par avis du 22 juillet 2021, la Dre Z._____, du SMR, a relevé que la cardiopathie hypertensive suivie depuis 2019 par un cardiologue était décrite par celui-ci comme légère et stable sous traitement. Il n'y avait par conséquent pas d'élément en faveur d'une aggravation de l'état de santé.

Par décision du 26 juillet 2021, l'OAI a confirmé son projet du 9 mars précédent, dont il a repris la motivation. Par lettre d'accompagnement du même jour, l'office a pour l'essentiel repris les observations de la Dre Z._____.

C. Par acte du 30 août 2021, X._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. Le recourant a en substance fait valoir qu'il souffrait de silicose et ne pouvait plus travailler dans le bâtiment - comme le lui avaient expliqué son pneumologue et son médecin de famille - dans la mesure où il ne devait pas être exposé à la poussière. Il en a déduit que sa capacité de travail n'était donc pas entière. Il a ajouté qu'il était essoufflé à l'effort et que cela était pire lorsqu'il était en contact avec de la poussière. De surcroît, il a rappelé souffrir d'une pathologie cardiaque. Relevant n'avoir aucune formation pour travailler dans un autre domaine que la plâtrerie et la peinture et se référant au refus de prestations signifié par l'OAI, le recourant a demandé à pouvoir être mis « *en pré retraite au vu de [s]on âge* ».

Le 13 octobre 2021, le recourant a produit un onglet de pièces parmi lesquelles figurait un rapport établi le 6 octobre 2021 par la Dre Q._____. Cette dernière relevait notamment que la demande de prestations d'invalidité se justifiait de par l'existence d'une pathologie

pulmonaire (silicose) et d'une pathologie cardiaque (cardiopathie hypertensive). Pour le surplus, la Dre Q. _____ rappelait les antécédents du patient et signalait en particulier que si la situation sur le plan cardiaque était stable sous médication, l'intéressé, bien que ne présentant pas de coronaropathie, était toutefois à haut risque cardiovasculaire. A cela s'ajoutait que le patient ne pouvait pas faire d'efforts soutenus et prolongés du fait d'une dyspnée de stade II NYHA (« *New-York Heart Association* ») et que, du fait de la silicose, il ne pouvait plus travailler dans le bâtiment ni être exposé à la poussière. En annexe figurait notamment un rapport d'évaluation de la dyslipidémie du 7 septembre 2021 rédigé par les Drs T. _____ et F. _____, signalant que le patient présentait un haut risque cardiovasculaire (cible LDL [lipoprotéine de faible densité] > 1,8 mmol/l) mais que, après adaptation de la médication et des mesures hygiéno-diététiques, le LDL était à 1,4 mmol/l - soit dans la cible - et que l'hypertriglycéridémie était par ailleurs en baisse par rapport à novembre 2020. Les Drs T. _____ et F. _____ relevaient par ailleurs un tabagisme actif (> 30 UPA [unité-paquet-année]) et décrivaient en outre un patient se sentant « *davantage en forme* » depuis l'adaptation de la médication, sans myalgies ou faiblesses musculaires, mais avec toutefois des gonalgies sans claudication imposant un rythme de marche lent.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 13 octobre 2021.

E n d r o i t :

1. a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, est litigieux le bien-fondé de la décision du 26 juillet 2021 par laquelle l'intimé a refusé au recourant le droit à des mesures professionnelles, respectivement à une rente d'invalidité.

En revanche, la demande formulée par le recourant quant à l'obtention d'une « *pré retraite* » ne relève pas de la compétence de l'autorité intimée et s'avère ainsi extrinsèque à l'objet de la contestation tel que défini par la décision attaquée. Cette demande est, en conséquence, irrecevable.

3. Diverses modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022, dans le cadre du projet de révision « *développement continu de l'AI* » (modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [RO 2021 705] ; modification du 3

novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité [RO 2021 706]). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable en l'espèce compte tenu de la date de la décision litigieuse, rendue le 26 juillet 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 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). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Quant aux mesures de réadaptation, elles comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (art. 8 al. 3 let. b LAI dans sa teneur au 31 décembre 2021). Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa

capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

Quant aux avis médicaux du SMR fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), ils se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

5. Aux termes de la décision attaquée, l'intimé a retenu que le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante, respectivement que la capacité de travail de ce dernier était entière dans toute activité.

Le recourant, pour sa part, a contesté cette appréciation en invoquant l'impossibilité de reprendre une activité dans le bâtiment et en

se prévalant de l'appréciation de ses médecins, en particulier la Dre Q._____.

a) Il est constant que sur le plan pneumologique, le recourant présente des adénopathies médiastinales et hilaires bilatérales, associées à des nodules pulmonaires sur l'ensemble des deux plages pulmonaires (cf. rapport de CT-scan du 11 janvier 2019 de la Dre C._____).

Peu importe, à cet égard, que le diagnostic de silicose ait été retenu par les médecins traitants de l'assuré (cf. rapports du Dr B._____ des 25 mars 2019 et 1^{er} avril 2020 ; cf. rapports de la Dre Q._____ des 20 avril 2020 et 6 octobre 2021) mais écarté par les médecins de la CNA pour cause de vraisemblance insuffisante (cf. avis de la Dre J._____ du 5 novembre 2019 et du Dr E._____ du 8 novembre 2019). Quoi qu'il en soit, le seul fait de poser un diagnostic ne renseigne en effet pas encore sur son degré de gravité dans le cas particulier (TF 8C_96/2016 du 22 avril 2016 consid. 6). Ainsi, même à admettre le diagnostic de silicose, il reste que selon l'avis spécialisé du Dr B._____, l'intéressé présente un bilan fonctionnel pneumologique normal, sans trouble ventilatoire obstructif ou restrictif ni trouble de la diffusion, et que son état respiratoire est bon malgré un important tabagisme évalué à 60 UPA (cf. rapport du 1^{er} avril 2020) - ce dernier élément méritant du reste d'être nuancé dès lors que les Drs T._____ et F._____ ont en dernier lieu évoqué un tabagisme à 30 UPA (cf. rapport du 7 septembre 2021) et que la Dre Q._____ a pour sa part signalé un sevrage de tabac depuis la fin de l'année 2017 avec le recours à une cigarette électronique (cf. rapports des 20 avril 2020 et 6 octobre 2021). Par ailleurs et surtout, il faut relever que si l'éviction de poussières inorganiques contenant des cristaux de silice est l'option de choix selon le Dr B._____, il reste que l'utilisation d'un masque de protection sur le lieu de travail demeure une option - qualifiée de « *contrainte nécessaire* » - selon ce spécialiste (cf. rapport du 1^{er} avril 2020). Il s'ensuit, en d'autres termes, que la poursuite d'une activité de plâtrier est donc compatible avec l'état de santé de l'assuré, moyennant le port d'un masque. Le Dr B._____ a du reste clairement précisé que ce n'était que dans l'hypothèse où une telle mesure ne serait pas réalisable

qu'une reconversion professionnelle devrait être envisagée (cf. *ibid.*). A cela s'ajoute que ce médecin n'a attesté une incapacité de travail que pour le 19 février 2019, en lien avec la mise en œuvre d'une bronchoscopie. Sur la base de ces éléments, on peut donc considérer que l'exercice d'une activité de plâtrier reste malgré tout envisageable avec l'équipement de protection approprié - étant souligné que rien au dossier ne laisse à penser que le port d'un tel équipement ne serait pas raisonnablement exigible dans le cas particulier.

Si la Dre Q._____ a certes estimé, quant à elle, que la poursuite d'une activité dans le secteur du bâtiment n'était pas exigible (cf. attestations des 23 et 25 septembre 2019 et rapport du 6 octobre 2021), elle n'a toutefois pas explicité son point de vue. La Dre Q._____ n'a en particulier pas fourni d'élément objectif laissant à penser qu'une activité dans le domaine de la construction - et plus spécifiquement de la plâtrerie - serait désormais exclue même avec le port d'un masque de protection. En ce sens, l'avis de la médecin traitante est insuffisamment motivé et ne peut donc être suivi.

On comprend par conséquent que, se fondant sur les indications fournies par le Dr B._____, le Dr M._____ du SMR n'ait pas retenu d'atteinte à la santé incapacitante sur le plan pneumologique.

b) L'assuré est par ailleurs connu pour une hypertension artérielle avec cardiopathie hypertensive. Son cardiologue traitant, le Dr W._____, a toutefois précisé que cette atteinte, qualifiée de discrète (cf. rapport du 19 mars 2021), était stable sous traitement médicamenteux (cf. rapports des 27 décembre 2019, 6 juillet 2020 et 19 mars 2021), ce que la Dre Q._____ a également confirmé (cf. rapports des 20 avril 2021 et 6 octobre 2021). Les examens pratiqués - en particulier un CT-scan du 15 juillet 2020 - n'ont en outre révélé aucune maladie coronarienne. De surcroît, force est de relever qu'aucune diminution de la capacité de travail n'a été évoquée par le Dr W._____ ; au contraire, ce dernier a fait état d'une capacité fonctionnelle conservée (cf. rapport du 27 décembre 2019), respectivement d'une capacité d'effort conservée (cf. rapport du 6

juillet 2020). Il convient en outre de relever que si, à l'occasion de son rapport établi le 19 mars 2021, le Dr W. _____ a précisé que le recourant lui avait été adressé pour des plaintes de dyspnée NYHA II, il reste que ledit médecin n'a formulé aucune conclusion particulière à cet égard ; en particulier, une telle atteinte ne figure pas parmi les diagnostics retenus par ce praticien. Le Dr W. _____ a du reste conclu à l'absence de signe d'insuffisance cardiaque et n'a pas même évoqué l'éventualité d'un test d'effort, se contentant de préconiser l'adaptation du traitement médicamenteux et de rappeler au patient les mesures d'hygiène de vie ainsi que la nécessité d'une activité physique régulière, voire une réduction pondérale. Dans ces conditions, on ne saurait se rallier à l'appréciation de la Dre Q. _____, concluant sans autre explication à une dyspnée NYHA II incompatible avec des efforts soutenus et prolongés (cf. rapport du 6 octobre 2021). Finalement, la Cour ne conteste pas que le recourant présente un haut risque cardiovasculaire – tel que cela résulte notamment des comptes-rendus du Dr W. _____ et de la Dre Q. _____ – mais elle relève, en revanche, que ce seul risque n'équivaut pas, en soi, à la reconnaissance d'une atteinte à la santé susceptible de se répercuter sur la capacité de travail.

Sur la base de ces éléments, la Cour de céans ne peut que rejoindre l'avis de la Dre Z. _____ du SMR du 22 juillet 2021, niant tout facteur incapacitant sur le plan cardiologique.

c) Pour le surplus, le recourant est notamment suivi au Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier L. _____ pour une dyslipidémie de type V selon Fredrickson (cf. rapport du 10 novembre 2020). Toutefois, conformément au rapport établi le 7 septembre 2021 par les Drs T. _____ et F. _____, l'adaptation de la médication et la mise en place de mesures hygiéno-diététiques ont permis une amélioration de la situation. Cette amélioration a, du reste, été corroborée par le patient qui s'est dit « *davantage en forme* » depuis l'adaptation de la médication, sans myalgies ou faiblesses musculaires. Au surplus, les médecins du Centre hospitalier L. _____ n'ont à aucun moment établi le moindre lien entre l'atteinte à la santé en question et

une hypothétique incidence sur la capacité de l'assuré à exercer une activité lucrative.

On ne saurait par ailleurs s'arrêter sur les gonalgies relevées par les Drs T._____ et F._____ (cf. rapport du 7 septembre 2021). Ces plaintes ne sont en effet rattachées à aucune atteinte spécifique à la santé susceptible d'engendrer une limitation fonctionnelle concrète. Du reste, selon les propos du recourant tels que rapportés par les médecins du Centre hospitalier L._____, ces gonalgies n'entraînent pas de claudication et ont pour seule conséquence un rythme de marche lent. Or on ne saurait voir dans cet unique élément une limitation fonctionnelle à proprement parler, le rythme de marche ne constituant pas une exigence propre aux métiers du bâtiment et plus particulièrement à l'activité de plâtrier dans laquelle le recourant a principalement évolué jusqu'ici.

d) S'agissant finalement des diverses plaintes exprimées par l'assuré au cours de l'entretien du 29 janvier 2020 avec les intervenants d'I._____ SA (douleurs à la poitrine, picotements au niveau du thorax, maux de tête, fatigue après un effort physique, nécessité de dormir l'après-midi et impression de perdre un peu la mémoire), force est de constater que leurs manifestations n'ont pas pu être objectivées dans le cadre d'un stage, la mesure envisagée ayant finalement été abandonnée en raison d'un niveau de français insuffisant (cf. rapport d'I._____ SA du 3 février 2020 ; cf. communications de l'OAI du 19 février 2020). Les plaintes ainsi exprimées n'ont du reste pas été répertoriées dans les rapports médicaux au dossier - en particulier ceux établis postérieurement à l'entretien du 29 janvier 2020. Par surabondance, on ajoutera encore que les simples plaintes subjectives de la personne assurée 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 entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

Sur le vu de ces éléments, on ne saurait donc voir dans les plaintes formulées le 29 janvier 2020 un éventuel indice en faveur d'une atteinte à la santé potentiellement invalidante.

e) A l'aune des considérations qui précèdent, c'est donc à juste titre que l'OAI a retenu que le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et que, conséquemment, sa capacité de travail était entière dans toute activité – y compris l'activité habituelle de plâtrier, moyennant le port d'un masque de protection. Par voie de conséquence, l'office intimé était fondé à dénier le droit du recourant à des mesures professionnelles ou à une rente d'invalidité.

6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** La décision rendue le 26 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- X. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :