

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juillet 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Pasche et Dessaux
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

Art. 6, 18 et 24 LAA.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant suisse d'origine algérienne né en 1945, a notamment œuvré en 1972 pour l'entreprise H._____ SA, en tant que monteur de thermomètres. Après avoir occupé d'autres emplois, il a été engagé à partir du 1^{er} décembre 1976 comme technicien auprès de la clientèle par l'entreprise H._____ (actuellement et ci-après E._____). Que ce soit dans le cadre de son activité auprès de H._____ SA ou de son travail pour l'entreprise E._____, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

B. a) Le 1^{er} novembre 1972, dans le cadre de son travail, l'assuré a manqué une marche d'escalier et s'est blessé au genou gauche. Il a été traité par arthrotomie externe. Le cas a été pris en charge par la CNA.

b) Dans un rapport du 25 juin 1991 consécutif à des examens radiologiques du genou gauche, le Dr X._____, radiologue, a notamment observé que les clichés à vide montraient une gonarthrose modérée prédominant du côté externe. Il a conclu à une importante déchirure verticale disloquée de la corne postérieure et du corps du ménisque externe avec une déchirure horizontale de la corne antérieure, à d'importantes lésions dégénératives de ce ménisque externe associées à une gonarthrose externe prédominant du côté condylien, et à une arthrose fémoro-patellaire modérée.

En date du 12 août 1991, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a pratiqué une méniscectomie externe subtotale par voie arthroscopique à gauche.

C. a) Lors d'un entretien téléphonique du 13 juin 2007 avec la CNA, l'assuré a annoncé qu'il consultait le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour des suites de l'accident de 1972 et que la mise en place d'une prothèse était prévue; au cours de cet entretien,

l'intéressé s'est vu informer de ce que le dossier de la caisse était probablement détruit et devrait être reconstitué. La CNA a par la suite réceptionné un rapport du 12 juin 2007 du Dr V._____, dont il résultait que l'assuré était suivi depuis le 20 mars 2007 en raison d'une gonarthrose gauche à prédominance fémoro-tibiale externe pouvant être attribuée à l'événement accidentel de 1972, et que la pose d'une prothèse totale à glissement postéro-stabilisée du genou droit [recte : gauche] était prévue pour le 6 septembre 2007.

La pose de la prothèse totale du genou gauche a été effectuée le 27 septembre 2007. Dans son protocole opératoire y relatif, le Dr V._____ a notamment fait mention d'une grave gonarthrose à prédominance fémoro-tibiale externe avec disparition du cartilage du compartiment latéral.

La CNA a admis sa responsabilité et garanti le versement des prestations légales (frais de traitement et indemnités journalières).

Dans des rapports des 25 février, 23 avril et 7 juillet 2008, le Dr V._____ a fait part d'une évolution favorable, signalant des douleurs tout d'abord modérées puis en nette diminution et ne nécessitant plus la prise de médicaments, et précisant que la reprise du travail avait débuté à 25% le 14 janvier 2008, puis à 50% dès le 18 février 2008. Aux termes du compte-rendu du 7 juillet 2008, il était relevé que compte tenu de la nature de l'activité professionnelle exercée, la capacité de travail de 50% ne pourrait probablement pas être augmentée dans le futur.

Aux termes d'un rapport du 10 mars 2009, le Dr V._____ a exposé que l'assuré - dont la capacité de travail était entière depuis le 4 août 2008 - se plaignait depuis le début de l'année d'une recrudescence des douleurs au niveau des deux plateaux tibiaux ainsi que du tendon rotulien de sa prothèse totale du genou gauche.

Selon un rapport du 11 mars 2009 consécutif à CT-scan du genou gauche, la Dresse J._____, radiologue, a observé ce qui suit :

"PTG sans signe de descellement ni intolérance osseuse. Pas d'affaissement des coussinets. Plaque de titane sur la rotule avec un peu d'os réactionnel sur les versants latéraux et médiaux de la rotule. Pas d'anomalie de l'espace articulaire fémoro-patellaire. Pas d'irrégularité de la corticale osseuse dans les zones d'insertion des ailerons rotuliens. Pas d'ostéolyse. Pas de tuméfaction des parties molles. Pas d'épanchement intra-articulaire."

Par rapport du 19 mars 2009, le Dr V. _____ a constaté que l'examen d'imagerie n'avait rien montré de particulier.

A teneur d'un compte-rendu du 24 août 2009, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a exposé que l'assuré l'avait consulté en raison de son genou qui restait douloureux avec une inflammation persistante et une limitation du périmètre de marche. Il a précisé que l'intéressé se déplaçait en boitant et présentait un effet de balayage à la marche associé à un appui unipodal mal stabilisé. Il a estimé qu'il y avait lieu d'améliorer la proprioception et en particulier d'obtenir une meilleure stabilisation du bassin par traitement physiothérapeutique et ostéopathique, et qu'il faudrait vraisemblablement envisager une cure de hallux valgus bilatérale ayant pour but d'améliorer le patient également sur le plan de sa stabilité. Il a relevé qu'au niveau de la prothèse, en cas de persistance des troubles qui se manifestent clairement par des douleurs antérieures fémoro-patellaires potentiellement liées à la laxité présente dans l'implant, une retension de la prothèse par mise en place d'un spacer plus épais pourrait également être envisagée en cas d'échec des mesures conservatrices. Il n'y avait en tout cas pas lieu d'envisager de modifier le positionnement des implants.

Dans un rapport du 10 septembre 2009, le Dr V. _____ a indiqué que l'évolution n'était pas favorable et qu'il persistait d'importantes douleurs de l'appareil extenseur d'origine peu claire. Il a rappelé que le CT-scan de contrôle du 11 mars 2009 n'avait rien montré de particulier et a ajouté que cet examen avait été complété le 21 août 2009 par une scintigraphie osseuse, laquelle avait révélé une fixation préférentielle au niveau de la rotule et avait mis en évidence que la prothèse, correctement posée, ne montrait actuellement pas de signes de

descellement. Il a signalé que malgré l'étiologie peu claire des douleurs, il serait procédé à une révision de la prothèse le 1^{er} octobre 2009.

Le 1^{er} octobre 2009, l'assuré a subi une révision de prothèse totale du genou gauche avec changement de l'insert en polyéthylène.

Dans un rapport du 10 février 2010, le Dr V. _____ a relevé que l'évolution restait encore incertaine, que des douleurs localisées au niveau du plateau tibial interne persistaient, et que l'incapacité de travail était pour l'heure entière.

Dans un rapport du 25 juin 2010, le Prof. S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé qu'actuellement, un peu plus de deux ans après l'intervention initiale, l'assuré souffrait toujours de phénomènes de douleurs chroniques au niveau du genou, douleurs qui étaient présentes à l'activité et qui semblaient s'atténuer au repos. Il a précisé qu'il n'y avait pas de notion de douleurs inflammatoires et que le genou était un peu chaud, empêchant l'intéressé de reprendre des activités normales. Il a ajouté qu'une ponction intra-articulaire était prévue dans un premier temps et, pour la suite, a préconisé la pose d'une prothèse un peu plus contrainte de type LCCK, en sachant malgré tout que l'on ne pouvait garantir *«une amélioration spectaculaire en termes de douleurs alors qu'elle serait tout à fait positive par rapport à la laxité pathologique actuelle»*.

Selon un rapport de consultation du Prof. S. _____ du 27 juillet 2010, il était précisé que la ponction du genou gauche effectuée deux à trois semaines plus tôt avait révélé un liquide citrique contenant des leucocytes, l'hémoculture et la CPR étant restées négatives. Il était indiqué que les plaintes de l'assuré étaient stables, voire légèrement progressives, qu'il avait de plus en plus de douleurs et qu'il devait rester au repos la plupart du temps avec un sentiment d'instabilité croissant au niveau de son genou gauche. Cela étant, un changement de prothèse était proposé au profit d'une prothèse de type LCCK, qui apporterait au patient un peu plus de stabilité intrinsèque sans perturber sa fonction.

Par décision du 27 octobre 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a refusé de donner suite à une demande de prestations déposée le 12 mars 2010 par l'assuré, ce dernier ayant entre-temps atteint l'âge de 65 ans en juillet 2010 et se trouvant ainsi en âge AVS.

Le 11 janvier 2011, l'assuré a été opéré au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier Z._____), où il a subi une révision par prothèse de type LCCK. Aux termes d'une lettre de sortie du 7 février 2011, la Dresse M._____, et le Dr P._____, respectivement médecin associé et médecin assistant au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier Z._____, ont exposé que l'intéressé n'avait pas présenté de complication sur le plan médical et que l'évolution était tout à fait favorable du point de vue orthopédique, le patient étant complètement autonome à la marche et dans tous les actes de la vie quotidienne. L'assuré était asymptomatique au niveau du genou, où la cicatrice était d'aspect normal. Il présentait toutefois une certaine anxiété par rapport à l'évolution post-chirurgicale à moyen et long cours vu l'échec des opérations antérieures. S'agissant du traitement physiothérapeutique, il serait poursuivi en ambulatoire.

Par rapport du 6 avril 2011, le Prof. S._____ a fait état d'une bonne évolution, le genou étant certes toujours *«un peu inflammatoire»*. Il a ajouté qu'il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure, dès lors que l'on se trouvait en présence d'une reprise d'arthroplastie chez un patient qui souffrait de longue date d'importantes douleurs préopératoires mais que l'on espérait une amélioration de la symptomatologie. Par la suite, aux termes d'un rapport du 21 juin 2011 consécutif à une consultation du 12 avril 2011, le Prof. S._____ a indiqué que l'évolution fonctionnelle et clinique était bonne, que l'assuré devait encore bien s'améliorer sur le plan musculaire, et *«qu'il n'y a[vait] pas beaucoup de problèmes professionnels chez ce patient»*. Puis, dans un compte-rendu toujours daté du 21 juin 2011 mais se rapportant à une consultation du 7 juin 2011, le Prof. S._____ a signalé que, cliniquement, il y avait une tuméfaction

inflammatoire de la région sous-rotulienne qui évoquait un phénomène de surcharge au niveau du ligament patellaire; s'agissant de l'attitude à adopter, il était précisé «*Anti-inflammatoires. Ne pas trop forcer sur la flexion*».

A la suite d'un examen médical final du 25 août 2011, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a notamment fait part de ce qui suit dans son rapport du même jour :

"DECLARATIONS DE L'ASSURE :

Selon M. A._____, après la mise en place de la PTG G par le Dr [...] [recte : V._____] en 2007, l'assuré a toujours gardé des douleurs antérieures, sous-rotuliennes.

La révision de 2009 avec changement de polyéthylène et ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure n'a pas permis d'apporter d'amélioration sensible.

Depuis le changement de prothèse effectué par le Dr S._____ le 11.01.2011, la situation reste inchangée.

[...]

Tout traitement physiothérapeutique a été interrompu.

[...]

M. A._____ se plaint principalement de douleurs mais admet que sa mobilité est bonne. Il note une tendance à l'inflammation du genou lorsqu'il le sollicite davantage. La marche et la descente des escaliers sont particulièrement pénibles.

L'assuré porte une genouillère occasionnellement, en particulier s'il doit marche[r] à la descente ou en terrain irrégulier.

[...]

RADIOGRAPHIES :

M. A._____ apporte une volumineuse enveloppe renfermant de multiples radiographies.

Je m'en tiens à la description des radiographies les plus récentes présentes sur le pacs [sic].

Radiographies du 20.03.2007 des deux genoux de face, du genou G de profil, de face et en incidence axiale des rotules montrant une gonarthrose fémoro-tibiale externe G avec disparition complète de l'interligne articulaire externe.

Radiographies des MI totaux de face en charge du 03.09.2007 : l'axe mécanique du MIG passe par l'aplomb de l'épine tibiale interne. Valgus fémoral de 7°.

Radiographies du genou G F/P du 27.09.2007 : clichés postopératoires montrant une PTG G en place avec effraction de la corticale antérieure dans la région sus-prothétique au niveau du fémur.

Radiographies du genou G F/P du 23.10.2007 : PTG G en place, on retrouve l'effraction corticale antérieure fémorale identique.

Radiographies du 07.01.2008 : PTG G en place. Petit liseré visible sur la partie la plus périphérique du plateau tibial externe.

Radiographies du 11.02.2008 : aspect inchangé par rapport aux clichés précédents.

Radiographies du genou G du 05.05.2008 : pas de changement par rapport aux clichés précédents.

Radiographies du 22.06.2010 des MI totaux de face en charge : l'axe mécanique postopératoire est normo-axé.

Nous possédons encore une radiographie du genou G F/P du 22.06.2010 montrant un status après ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure.

Radiographies du 11.01.2011 : status après changement de PTG G par prothèse LCCK avec tige fémorale et tibiale. La prothèse paraît bien positionnée.

Aspect inchangé sur les radiographies de F/P du genou G du 15.02.2011 et 12.04.2011.

APPRECIATION :

Notre assuré né en 1945, technicien chez E. _____ [,] est victime d'un traumatisme du genou G le 01.11.1972 qui sera traité successivement par arthrotomie puis ménisectomie arthroscopique.

L'évolution se fait vers une gonarthrose justifiant la mise en place d'une PTG le 06.09.2007 [recte : 27.09.2007] par le Dr [...] [recte : V. _____].

Devant l'évolution défavorable, une révision avec changement du polyéthylène et ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure est réalisée le 01.10.2009.

Malheureusement, cette intervention ne permet pas l'amendement des douleurs antérieures et le Dr S. _____ procède, le 11.01.2011, à un changement de PTG au profit d'une prothèse contrainte de type LCCK.

Objectivement, l'examen de ce jour montre une bonne évolution avec une marche s'effectuant quasi sans boiterie, une mobilité qui

peut être décrite comme bonne avec une flexion à 120° et une extension complète. Le genou est parfaitement axé, il est stable mais le siège d'un léger épanchement intra-articulaire. Un discret gradient thermique est également mis en évidence.

Au point de vue exigibilité, M. A. _____ serait apte à travailler en plein dans une activité adaptée respectant les limitations mentionnées ci-après : pas d'activité nécessitant une position debout prolongée, pas de marche en terrain irrégulier ni de montée/descente répétée des escaliers ou d'échelles. Travail offrant la possibilité de pause assise régulière. Pas de port de charges excédant 15 kg.

L'IPAI fait l'objet d'une appréciation séparée."

Sur interpellation de la CNA, l'entreprise E. _____ a précisé, par retour de courrier du 22 septembre 2011, que l'assuré aurait perçu en 2011 un salaire de base de 5'923 fr. ainsi qu'une prime mensuelle de 655 fr. et un treizième salaire de 5'923 fr., pour un horaire de travail de 42.25 heures par semaine.

Dans un rapport du 29 septembre 2011, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à une estimation de l'atteinte à l'intégrité subie par l'assuré. Reprenant l'appréciation médicale contenue dans le rapport du Dr K. _____ du 25 août 2011, il a considéré ce qui suit :

"ESTIMATION :

20,77 %

JUSTIFICATION :

Selon les documents radiologiques en notre possession, l'indication à la mise en place d'une endoprothèse a été établie sur la base d'une gonarthrose modérée. Selon la table V des atteintes à l'intégrité selon la LAA, une gonarthrose modérée donne droit à une IPAI entre 20 et 40 %.

Nous retenons donc une IPAI globale de 30% qui doit être pondérée du fait d'un événement traumatique antérieur à 1984.

Se l'on admet que l'arthrose s'est développée de manière linéaire depuis 1972 jusqu'à l'examen clinique actuel de 2011, une règle de trois donne droit à une IPAI de 20,77 % que nous retenons."

D'une note d'entretien téléphonique établie le 30 septembre 2011 par un collaborateur de la CNA après avoir parlé avec l'assuré, il ressort que le moral de ce dernier était au plus bas et qu'il souffrait beaucoup.

Par communication du 11 novembre 2011, la CNA a fait savoir à l'assuré que l'examen médical auquel ce dernier s'était récemment soumis avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement, soit que sa situation médicale s'était stabilisée. Partant, il était mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2011. La Caisse a cependant précisé qu'elle continuerait à prendre en charge deux contrôles médicaux par année ainsi que les anti-inflammatoires et anti-douleurs sur prescription médicale.

En date du 29 décembre 2011, la CNA a sélectionné 5 descriptions de postes de travail (DPT) et les a versées au dossier. Il s'agissait de deux postes de collaborateur de production (DPT n° [...] : salaire moyen 57'818 fr., salaire minimum 53'690 fr., salaire maximum 61'945 fr.; DPT n° [...] : salaire moyen 60'450 fr., salaire minimum 58'500 fr., salaire maximum 62'400 fr.), d'un poste d'employé de garage (DPT n° [...] : salaire moyen 58'500 fr., salaire minimum 53'300 fr., salaire maximum 63'700 fr.), d'un poste d'ouvrier en horlogerie (DPT n° [...] : salaire moyen 59'500 fr., salaire minimum 54'400 fr., salaire maximum 64'600 fr.), et d'un poste de fabricant d'instruments de mesure (DPT [...] : salaire moyen 60'750 fr., salaire minimum 55'350 fr., salaire maximum 66'150 fr.).

Par décision du 3 janvier 2012, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 30% dès le 1^{er} janvier 2012, compte tenu d'un gain annuel assuré de 46'380 fr. Pour déterminer la perte de gain, la Caisse s'est fondée le revenu que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen présentant des atteintes similaires à celles du recourant, à savoir un salaire de 4'950 fr. dans une activité médicalement exigible, et un revenu de 7'072 fr. réalisable sans l'accident. La CNA a en outre reconnu le droit à une indemnité pour

atteinte à l'intégrité (IPAI) de 14'455 fr. 90, compte tenu d'un gain annuel de 69'600 fr. et d'une diminution de l'intégrité de 20,77%.

L'assuré a fait opposition à cette décision par acte du 1^{er} février 2012, soutenant que son degré d'invalidité était de 40% environ et faisant valoir que le taux d'atteinte à l'intégrité pour une pangonarthrose grave se situait entre 30 et 40%.

Par décision sur opposition du 15 février 2012, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 3 janvier 2012. Elle a considéré qu'il y avait lieu de se référer aux conclusions médicales et de recourir à la méthode générale de comparaison des revenus pour déterminer le degré d'invalidité puisque l'assuré, au bénéfice de l'AVS, n'exerçait plus d'activité lucrative. A cet égard, elle a relevé que dans son rapport du 25 août 2011, le Dr K. _____ avait retenu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, conclusions qui devaient se voir reconnaître pleine valeur probante. Cela étant, elle a exposé que la comparaison entre le revenu présumable sans invalidité de 7'072 fr. (part du 13^{ème} salaire incluse) en tant que technicien chez E. _____ et un revenu exigible d'au moins 4'950 fr. (part au 13^{ème} salaire incluse) - établi sur la base de cinq DPT adaptées au handicap de l'assuré et versées au dossier en conformité avec la jurisprudence - laissait apparaître une perte de gain de 30%, équivalant au taux de la rente d'invalidité. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a observé que le Dr K. _____ [recte : L. _____] avait tenu compte d'une atteinte à l'intégrité globale de 30% dans la mesure où l'indication à la pose d'une prothèse avait été établie sur la base d'une gonarthrose modérée, et qu'il avait ensuite pondéré ce taux en application des règles de droit transitoire, l'accident de 1972 étant survenu à une époque où la loi ne connaissait pas l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a considéré que dans la mesure où rien ne permettait de conclure à une arthrose grave lors de la pose de la prothèse ni de faire abstraction des règles de droit transitoire, l'estimation de ce médecin devait donc être suivie.

D. **a)** A. _____ a recouru le 16 mars 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à ce que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ainsi que celui de la rente d'invalidité soient fixés à 40%. En substance, il fait tout d'abord valoir que sa situation ne s'est pas stabilisée, contrairement à ce que prétend l'intimée. Concernant plus particulièrement l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il soutient que la CNA n'a pas tenu compte du caractère durable de son affection. Il reproche de surcroît au médecin d'arrondissement de la Caisse d'avoir arbitrairement écarté une partie des radiographies produites, faussant ainsi le taux de diminution de l'intégrité retenu par l'intimée. Se prévalant de la jurisprudence instaurée par le Tribunal fédéral dans son arrêt 9C_243/2010 (rendu le 28 juin 2011, correspondant à l'ATF 137 V 210), le recourant soutient également que l'appréciation d'un médecin d'arrondissement – comme en l'espèce – n'est pas objective et ajoute que ses droits n'ont pas été respectés dans la mesure où «*aucun questionnaire ne [lui a] été communiqué à temps pour prise de position*». Il relève enfin que le taux de l'atteinte à l'intégrité pour une pangonarthrose est de 40% en présence d'une endoprothèse avec résultat mauvais. Pour ce qui est de la rente d'invalidité, il allègue que la comparaison des revenus effectuée par la CNA ne tient pas compte de la réalité du marché du travail. Plus précisément, il soutient que le montant de 4'950 fr. mentionné par la Caisse au titre de revenu exigible est surévalué et se prévaut quant à lui d'un montant de 4'240 fr. (part au 13^{ème} salaire incluse). De la comparaison entre ce montant et le revenu sans invalidité de 7'072 fr., il déduit une perte de gain 40%, correspondant au taux de sa rente d'invalidité.

Il joint diverses pièces à son recours, dont un rapport du 19 décembre 2011 du Prof. S. _____ se référant à une scintigraphie osseuse au résultat «*quelque part, rassurant*» puisque n'ayant mis en évidence aucun problème directement lié à la prothèse mais ayant montré un état inflammatoire connu persistant devant progressivement s'amender et ayant aussi probablement un caractère météo-dépendant, la prise régulière d'anti-inflammatoires étant par ailleurs recommandée.

b) Dans sa réponse du 9 juillet 2012, l'intimée, sous la plume de son conseil, a conclu au rejet du recours. Concernant la rente d'invalidité, la CNA relève que l'appréciation du Dr K. _____ quant à l'exigibilité médicale a pleine valeur probante, et que du reste le recourant conteste uniquement le mode de calcul du degré d'invalidité, singulièrement le revenu d'invalidé. Or, l'assuré ne démontre pas en quoi le montant de 4'950 fr. serait surévalué et devrait être remplacé par un montant de 4'240 fr., étant précisé que d'éventuelles considérations conjoncturelles ou en rapport avec le marché du travail relèvent de l'assurance-chômage et non de l'assurance-accidents. Elle considère dès lors que l'incapacité de gain de 30% arrêtée aux termes de la décision litigieuse doit être confirmée. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, la CNA souligne que le recourant n'apporte aucun argument médical concret susceptible de mettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr L. _____, seul médecin à s'être prononcé sur la question de l'atteinte à l'intégrité indemnisable, à l'exclusion du Dr K. _____ auquel le recourant reproche de s'être arbitrairement fondé sur certaines radiographies plutôt que sur d'autres. Quoi qu'il en soit, dès lors que l'appréciation du déficit important et durable de l'intégrité se base sur les constatations médicales à l'issue du traitement, la CNA estime que l'on ne voit pas en quoi le fait de se rapporter en priorité aux radiographies les plus récentes serait contestable. Cela étant, elle considère que dans la mesure où l'indication à la mise en place d'une prothèse a été établie sur la base d'une gonarthrose modérée, aucun élément du dossier ne permettant de conclure à une arthrose grave, et compte tenu des règles de droit transitoires applicables au cas d'espèce, c'est à juste titre que l'atteinte à l'intégrité indemnisable a été fixée à 20,77%.

c) Aux termes de sa réplique du 31 août 2012, le recourant demande à ce que la Cour de céans mette en œuvre une expertise judiciaire, désigne un expert judiciaire indépendant et l'autorise à citer des témoins. A l'appui de sa requête d'expertise judiciaire, il fait valoir que la CNA s'est fondée sur un dossier reconstitué depuis 2007 et pouvant ainsi revêtir un fort pourcentage d'erreurs, que nombre de pièces de ce dossier

sont rédigées en langue allemande, et que le Dr K._____ a arbitrairement choisi de ne tenir compte que d'une partie des radiographies produites sans d'ailleurs disposer de celles effectuées lors de l'opération du 11 janvier 2011. Pour le reste, il réitère ses griefs à l'encontre de l'appréciation du Dr K._____ et reproche au Dr L._____ d'avoir à son tour fait preuve de partialité et écarté «*les rapports des autres médecins neutres*». Il ajoute que ses douleurs n'ont pas suffisamment été prises en compte et explique à ce propos qu'une prise en charge a été entamée au Centre d'antalgie du Centre hospitalier Z._____ suite à un rapport du Dr D._____, spécialiste en médecine interne, et que devant la persistance des douleurs et leurs conséquences sur la vie quotidienne (manque de sommeil, troubles psychiques, baisse de moral), il a dû consulter le Prof. F._____, médecin auprès des Hôpitaux O._____, le 23 août 2012, ainsi que le Dr G._____ le 31 août 2012. Il soutient de surcroît que son état psychique et moral n'a pas été pris en considération par l'intimée, alors même que cette dernière a constaté le 30 septembre 2011 que son moral était au plus bas et qu'il souffrait beaucoup. En outre, il critique les calculs opérés par la CNA pour déterminer le salaire perçu en 1972 chez l'entreprise H._____ SA. Il considère enfin que le «*système des expertises ordonnées par la CNA*» n'est pas respectueux du principe de l'égalité des armes. Il joint à son écriture un onglet de pièces contenant notamment les documents suivants :

- un rapport du 14 juin 2012 du Dr D._____ adressant l'assuré au Centre d'antalgie du Centre hospitalier Z._____ en raison de gonalgies persistantes, inexplicables, survenant à la marche, en station debout prolongée et en position assise prolongée mais pas en position couchée, et exposant par ailleurs ce qui suit :

"Ces douleurs sont survenues à la suite de la pose d'une prothèse du genou gauche en 2007, avec instabilité de la prothèse, nécessitant un changement de l'insert tibial en 2009, puis une révision, toujours pour instabilité, en 2011. Selon le patient, les douleurs ont persisté après l'opération (contrairement au rapport de l'Unité de rééducation du DAL) et persistent depuis lors, le gênant fortement dans ses activités quotidiennes. La prise d'anti-inflammatoires [...] soulage[e] les symptômes temporairement, durant une à deux heures

après la prise, mais cependant incomplètement et au prix d'épigastalgies. [...]"

- une attestation du 22 août 2012 établie par les Drs I. _____ et R. _____, respectivement chef de clinique et médecin adjoint au Centre d'antalgie du Centre hospitalier Z. _____, certifiant que l'assuré est pris en charge auprès dudit centre depuis le 17 juillet 2012 en raison de ses douleurs;

- un certificat médical du 31 août 2012 du Dr G. _____, relevant les points suivants :

"Le médecin soussigné certifie avoir examiné M. A. _____, 1.7.1945, le 15.8 et le 31.8.12, avoir pris connaissance des documents mis à sa disposition, des radiographies.

Bien que la prothèse totale du genou gauche ait été complètement changée en janvier 11, le genou reste douloureux. Les douleurs sont de localisation antérieure, sous-rotulienne. Il ne peut rester assis, debout ou marcher plus d' $\frac{1}{2}$ h, même avec une genouillère Bauerfeind, mais sans canne - sans genouillère il a de grandes difficultés à descendre les escaliers, les pentes aussi -. Il ne peut ni s'accroupir, ni s'agenouiller, ni courir, ni nager, ni faire du vélo, en raison d'une inflammation du genou avec exacerbation des douleurs pendant plusieurs semaines, jusqu'à un mois. Les anti-inflammatoires [...] n'ont plus d'effet lorsque le genou est dans cet état inflammatoire. [...]

Actuellement, M. A. _____ est pris en charge au centre de la douleur du Centre hospitalier Z. _____, 2 infiltrations périurales, la 1^{ère} fin juillet, la 2^e le 22.8, une 3^e est prévue le 11.9. La première infiltration avait entraîné une diminution de la douleur, la 2^e était restée sans effet sur la douleur.

[...]

L'examen clinique a été complété de radiographies de la prothèse du genou gauche le 31.8.12, qui sont comparables à celles d'avril 11. Il s'agit d'une prothèse de changement avec de longues tiges cimentées au fémur, au tibia, une prothèse de la rotule aussi cimentée.

Dans ces conditions, il est clair qu'un suivi médical avec consultations au moins une fois par mois est aussi bien indiqué que raisonnable."

d) Dans sa duplique du 24 septembre 2012, l'intimée maintient sa position. Elle estime plus particulièrement que l'on ne peut lui reprocher de ne pas avoir conservé les documents relatifs aux sinistres de

1972 et 1981 [recte : 1991], remontant à trente-cinq ans pour le plus ancien d'entre eux. Elle considère par ailleurs que le seul fait que le recourant se plaigne de douleurs ne permet pas pour autant de remettre en cause l'exigibilité médicale retenue, étant par ailleurs souligné que les comptes-rendus produits par l'intéressé avec sa réplique ne font pas état de constatations nouvelles par rapport à celles décrites dans les autres documents médicaux au dossier. S'agissant du grief de partialité formulé par le recourant à l'encontre des médecins d'arrondissement, la CNA observe qu'en l'occurrence, rien ne tend à susciter une apparence de prévention des médecins en question et que le recourant se contente du reste de soulever ce grief sans l'étayer par des éléments objectifs. Enfin, l'intimé estime qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise, ni de faire entendre des témoins.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision attaquée (cf. art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), le recours est déposé en temps utile et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le taux de la rente d'invalidité ainsi que celui de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixés aux termes de la décision sur opposition rendue le 15 février 2012 par l'intimée.

3. En vertu de l'art. 118 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20), les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la présente loi et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont régies par l'ancien droit. L'alinéa 2 let. c précise que, dans les cas mentionnés au 1^{er} alinéa, les assurés de la CNA sont toutefois soumis, dès leur entrée en vigueur, aux dispositions de la LAA en ce qui concerne la rente d'invalidité et les indemnités pour atteinte à l'intégrité, si le droit naît après l'entrée en vigueur de la LAA (le 1^{er} janvier 1984). La jurisprudence considère en outre qu'en cas de rechute, respectivement de séquelles tardives, le nouveau droit est applicable lorsque l'événement accidentel en cause – antérieur au 1^{er} janvier 1984 – n'a pas donné lieu à l'allocation d'une rente sous l'empire de l'ancien droit (cf. TFA U 196/02 du 23 janvier 2003 consid. 1). Tel étant le cas en l'occurrence, il apparaît que la LAA trouve à s'appliquer quand bien même l'événement accidentel remonte au 1^{er} novembre 1972.

4 C'est à présent le lieu d'analyser le taux de la rente fixé par la CNA.

a) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de

gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

L'art. 20 al. 2 LAA prévoit notamment que si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée; celle-ci correspond, en dérogation à l'art. 69 LPGA, à la différence entre 90 % du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants, mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle.

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa

désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

5. a) En l'espèce, il apparaît que les séquelles de l'accident du 1^{er} novembre 1972 étaient stabilisées au moment où l'intimée a pris sa décision, contrairement à ce que le recourant prétend (cf. mémoire de recours du 16 mars 2012 p. 4).

A cet égard, il convient plus particulièrement de s'intéresser aux suites de la dernière intervention chirurgicale pratiquée le 11 janvier 2011. Sur ce point, les médecins interpellés en procédure administrative

ont décrit une évolution favorable sur les plans orthopédique, clinique et fonctionnel (cf. rapport du 7 février des Drs M. _____ et [...]; cf. rapports du 6 avril 2011 et du 21 juin 2011 [relatif à la consultation du 12 avril 2011] du Prof. S. _____). Si, dans un compte-rendu du 21 juin 2011 consécutif à une consultation du 7 juin 2011, le Prof. S. _____ a constaté qu'il existait une tuméfaction inflammatoire de la région sous-rotulienne évoquant un phénomène de surcharge au niveau du ligament patellaire, il n'a toutefois préconisé aucune mesure thérapeutique spécifique mais s'est contenté de prescrire des anti-inflammatoires et de conseiller à l'assuré de ne pas trop forcer sur la flexion. Puis, dans son rapport du 25 août 2011, le Dr K. _____ a constaté qu'objectivement, au jour de l'examen, l'évolution était bonne avec une marche s'effectuant quasi sans boiterie, une bonne mobilité et une extension complète. Il a ajouté que le genou était parfaitement axé et stable même s'il subsistait un léger épanchement intra-articulaire ainsi qu'un discret gradient thermique. Il a également précisé que tout traitement physiothérapeutique avait été interrompu. Par ailleurs et surtout, il s'est estimé en mesure d'évaluer l'exigibilité médicale du recourant. Dès lors, à la lumière de ces éléments, il y a lieu de considérer qu'à l'époque de l'examen du Dr K. _____, l'état de santé de l'assuré était stabilisé.

A cela s'ajoute que dans son rapport du 19 décembre 2011, produit à l'appui du recours du 16 mars 2012, le Prof. S. _____ a mentionné des résultats d'examen scintigraphique somme toute rassurants, n'ayant mis en évidence aucun problème directement lié à la prothèse. Il a certes fait mention d'un état inflammatoire persistant, mais il a précisé que celui-ci était connu, qu'il devrait progressivement s'amender et qu'il avait aussi probablement un caractère météo-dépendant. Enfin, comme précédemment, il s'est contenté de préconiser la prise d'anti-inflammatoires, sans proposer de nouvelle mesure thérapeutique propre à améliorer sensiblement l'état de santé du recourant. Au vu de ces éléments, on ne peut que constater que ce rapport plaide lui aussi en faveur d'une stabilisation des troubles du recourant.

Il est vrai qu'aux termes de sa réplique du 31 août 2012, le recourant a argué que ses douleurs n'avaient pas été suffisamment prises en compte et s'est prévalu à cet égard d'un rapport du Dr D._____ du 14 juin 2012, d'une attestation des Drs I._____ et R._____ du 22 août 2012 et d'un certificat médical du Dr G._____ du 31 août 2012. Or, il convient de rappeler ici que dans un constat du 25 juin 2010, le Prof. S._____ avait d'emblée souligné que la pose d'une prothèse de type LCCK ne permettrait pas de garantir une amélioration spectaculaire en termes de douleurs, nonobstant des effets bénéfiques par rapport à la laxité pathologique de l'époque. Le fait que les douleurs perdurent à ce jour n'est dès lors pas révélateur d'un état de santé non stabilisé. En tout état de cause, le Dr K._____ a abondamment décrit les douleurs du recourant dans son rapport du 25 août 2011 (cf. p. 2 rubrique «*déclarations de l'assuré*» et p. 3 rubrique «*examen clinique*») et n'en a pas moins considéré que la situation était stabilisée. Les pièces médicales produites à l'appui de la réplique du 31 août 2012 ne mettent en évidence aucun nouvel élément susceptible d'infirmier l'évaluation du médecin d'arrondissement de la CNA. Tout au plus ressort-il de ces documents que des gonalgies persistent, avec une certaine tendance à l'inflammation, que les médicaments anti-inflammatoires n'ont que peu d'effet, qu'une prise en charge au Centre d'antalgie du Centre hospitalier Z._____ a débuté le 17 juillet 2012, et qu'une première infiltration périurale réalisée fin juillet 2012 a permis une diminution des douleurs mais qu'une seconde infiltration effectuée le 22 août suivant n'a pas entraîné l'effet escompté, une troisième infiltration étant prévue pour le 11 septembre 2012; des radiographies du genou gauche réalisées le 31 août 2012 se sont par ailleurs révélées comparables à celles d'avril 2011. S'il apparaît ainsi que les douleurs - connues de longue date - persistent malgré les traitements entrepris, ce seul fait ne saurait être déterminant dans la mesure où la situation demeure inchangée sur le plan radiologique. En tout état de cause, les mesures thérapeutiques proposées n'ont pas permis d'améliorer sensiblement l'état de santé du recourant, dont les symptômes sont manifestement réfractaires à tout traitement (médication anti-inflammatoire, infiltrations). Partant, nonobstant la persistance des

douleurs, on ne peut que conclure à une stabilisation des séquelles de l'événement traumatique du 1^{er} novembre 1972.

Enfin, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il prétend que son état de santé psychique et moral n'aurait pas été pris en considération. Peu importe qu'il ait été inscrit, sur une note d'entretien téléphonique de la CNA du 30 septembre 2011, que le moral de l'assuré était au plus bas et qu'il souffrait. Cette simple mention - émanant d'un collaborateur de la CNA rapportant les dires de l'assuré - ne peut être assimilée à une opinion médicale objective reposant sur une appréciation scientifique. Quant aux pièces médicales au dossier, elles ne font état d'aucune pathologie psychique consécutive à l'accident du 1^{er} novembre 1972 et susceptible de revêtir un aspect incapacitant. Sur ce point également, les griefs du recourant s'avèrent donc sans fondement.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, avec l'intimée, que l'état de santé du recourant était stabilisé au moment de l'octroi de la rente d'invalidité le 1^{er} janvier 2012.

b) Pour ce qui est de l'exigibilité médicale, la CNA s'est fondée sur les conclusions du rapport du Dr K._____ du 25 août 2011 pour considérer que le recourant pouvait travailler à plein temps dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité ne nécessitant pas une position debout prolongée, de la marche en terrain irrégulier, de la montée/descente répétée d'escaliers ou d'échelles ainsi que le port de charges de plus de 15 kg, et permettant d'effectuer régulièrement des pauses.

Les autres avis médicaux au dossier ne contiennent, pour leur part, aucune réelle évaluation concernant la capacité résiduelle de travail de l'assuré ou les activités encore exigibles une fois son état de santé stabilisé. Tout au plus relèvera-t-on que dans son rapport du 21 juin 2011 relatif à la consultation du 12 avril précédent, le Dr S._____ a mentionné qu'il *«n'y a[vait] pas beaucoup de problèmes professionnels chez ce patient»* - observation qui tend à confirmer l'appréciation du Dr K._____.

Au surplus, on notera que lorsque le Dr V._____ a évoqué dans son rapport du 7 juillet 2008 une capacité de travail de 50% qui ne pourrait être augmentée dans le futur, il se référait à la capacité du recourant dans son activité habituelle et au regard de la situation telle qu'elle se présentait à l'époque, soit près de deux ans et demi avant la stabilisation de l'état de santé; aussi l'avis de ce médecin n'est-il pas pertinent dans le présent contexte.

On notera encore que si le recourant conteste l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail telle qu'effectuée par le Dr K._____ (cf. notamment réplique du 31 août 2012 p. 6, s'agissant des limitations fonctionnelles), il n'apporte toutefois aucun élément concret justifiant de s'écarter de l'exigibilité médicale arrêtée par ce médecin et reprise par l'intimée. Là encore, ses griefs s'avèrent dès lors mal fondés.

c) Pour le reste, il apparaît que le Dr K._____ a établi son rapport en connaissance du dossier médical de l'assuré et au terme d'un examen clinique, qu'il a dûment pris en considération les plaintes du recourant, et qu'il a décrit l'état de santé ainsi que son influence sur la capacité de travail de manière claire et motivée. Cela étant, on ne voit pas que son appréciation contreviendrait aux règles applicables en la matière.

C'est notamment en vain que, se prévalant des principes jurisprudentiels découlant de l'ATF 137 V 210, le recourant conteste l'objectivité du Dr K._____ en tant que médecin d'arrondissement de la CNA et prétend que ses droits n'auraient pas été respectés dans la mesure où aucun questionnaire ne lui aurait été transmis à temps pour prise de position (cf. mémoire de recours du 16 mars 2012 p. 5). D'une part, il faut relever que le fait pour un médecin d'être rattaché à un assureur social par un contrat de travail ne permet en principe pas à lui seul de conclure à un manque d'objectivité et à de la prévention (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 125 V 351 consid. 3b/ee; cf. TF 8C_139/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4.2). L'art. 6 par. 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales; RS 0.101) qui garantit le droit à un procès équitable, duquel découle le

principe de l'égalité des armes, ne permet pas une autre interprétation. Au surplus, le recourant ne démontre pas que le Dr K._____, aurait fait preuve de prévention dans la rédaction de son rapport ou, par son comportement, dans le cadre de l'examen. Ainsi, on ne voit pas en quoi ce médecin aurait manqué d'objectivité. D'autre part, s'il est vrai que le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres; cf. ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9), il n'en demeure pas moins que ces droits de participation ne visent que les mandats d'expertise confiés à des médecins externes à l'assurance et pas les examens réalisés à l'interne par les médecins des Services médicaux régionaux de l'assurance-invalidité (cf. TF 8C_880/2011 du 21 mars 2012 consid. 4.2) - jurisprudence que l'on peut transposer *mutatis mutandis* au domaine de l'assurance-accidents et plus particulièrement aux examens effectués par les médecins d'arrondissement de la CNA. Il s'ensuit, notamment, qu'aucune liste de questions n'avait à être transmise à l'assuré pour prise de position avant l'examen final réalisé le 25 août 2011.

Le recourant estime par ailleurs que le Dr K._____ aurait fait preuve d'arbitraire en choisissant délibérément de ne tenir compte que d'une partie des radiographies produites. Toutefois, le simple fait que ce médecin ait choisi de ne décrire dans son compte-rendu que les clichés effectués à partir de mars 2007 ne signifie pas qu'il n'a pas pris connaissance de l'ensemble des radiographies à disposition avant d'opérer ce choix. Quoi qu'il en soit, dans la mesure où le Dr K._____ avait pour mission de se prononcer sur l'état de santé au jour de l'examen, on peut comprendre qu'il ait estimé judicieux de ne faire figurer dans son rapport que les radiographies les plus récentes. En tant que tel, ce choix n'avait donc rien d'arbitraire. A cela s'ajoute que, contrairement à ce que prétend l'assuré (cf. réplique du 31 août 2012 p. 6), ce médecin a bel et bien étudié les radiographies réalisées dans le cadre de l'intervention du 11

janvier 2011, ainsi qu'il appert de son rapport du 25 août 2011 (cf. p. 4 : «*Radiographies du 11.01.2011 : status après changement de PTG G par prothèse LCKK avec tige fémorale et tibiale. La prothèse para[ît] bien positionnée. Aspect inchangé sur les radiographies de F/P du genou gauche du 15.02.2011 et 12.04.2011*»). Sur le vu de ces éléments, on ne saurait reprocher au Dr K. _____ d'avoir arbitrairement fait abstraction de certaines pièces du dossier.

Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que les conclusions du Dr K. _____ sont convaincantes, qu'aucun motif ne permet de les remettre en cause, et qu'elles répondent ainsi aux exigences requises pour se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 3b supra; cf. également ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

d) En définitive, c'est dès lors à juste titre que la CNA, considérant que l'état de santé du recourant était stabilisé, lui a reconnu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

6. Cela étant, il reste à examiner le calcul du préjudice économique du recourant et, partant, son taux d'invalidité.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (cf. art. 16 LPG; cf. TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPG (applicable en vertu du renvoi de l'art. 18 LAA). Cela signifie

qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). C'est dès lors en vain que le recourant fait valoir que la comparaison des revenus effectuée par la CNA ne tient pas compte de la réalité du marché du travail.

b) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; cf. ATF 128 V 29 consid. 1; cf. TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (cf. ATF 129 V 222; cf. TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

c) Aux termes de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux et peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA. Il a fait usage de cette compétence à l'art. 28 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202). En particulier, l'art. 28 al. 4 OLAA prévoit que si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition réglementaire, qui vise à empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante

de prestation de vieillesse, est conforme à la loi. D'après cette norme, il y a lieu de faire abstraction du facteur de l'âge non seulement pour la fixation du revenu d'invalidé, mais également pour la détermination du revenu sans invalidité. Selon la jurisprudence, la notion d'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe autour de 42 ans ou entre 40 et 45 ans; on considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (cf. TF 9C_250/2009 du 1^{er} juillet 2009 consid. 2.2 et jurisprudence citée).

En l'espèce, l'assuré, né le 1^{er} juillet 1945, a droit à une rente de vieillesse de l'AVS depuis le 1^{er} août 2010 (cf. art. 21 al. 1 let. a et al. 2 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10]). Dans la mesure où il avait ainsi déjà atteint l'âge légal de la retraite au moment de l'ouverture du droit à la rente, fixée au 1^{er} janvier 2012 selon la décision du 3 janvier 2012 confirmée sur opposition le 15 janvier 2012, force est d'admettre que la condition de l'âge avancé requise par l'art. 28 al. 4 OLAA est par conséquent manifestement remplie en l'espèce.

Encore faut-il, pour pouvoir appliquer cette disposition, que l'âge avancé soit la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain. A ce propos, il convient de préciser que l'art. 28 al. 4 OLAA ne vise pas seulement l'éventualité dans laquelle l'âge avancé est la cause essentielle de la limitation de la capacité de travail, mais qu'il concerne également la situation où il est la cause essentielle de l'empêchement d'exercer une activité professionnelle qui aurait permis de maintenir la capacité de gain (cf. TF 9C_250/2009 précité consid. 3.2.1 et jurisprudence citée). Cette seconde hypothèse est réalisée en l'occurrence, dans la mesure où l'on peut raisonnablement considérer qu'aucun employeur ne serait disposé à engager un travailleur ayant atteint ou étant proche de l'âge légal de la retraite et présentant des limitations liées à son état de santé (cf. dans ce sens TF 8C_209/2012 du 12 juillet 2012 consid. 5.3 et la référence citée).

Il s'ensuit que dans le cas particulier, il y a lieu de tenir compte des revenus que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles que le recourant.

d) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1; cf. TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1.2.1).

En l'espèce, le recourant ne conteste pas le revenu de valide arrêté par l'intimée sur les base des informations fournies par l'entreprise E._____ (cf. écriture de cette société du 22 septembre 2011), à savoir qu'en 2011, l'intéressé aurait perçu un salaire de base de 5'923 fr., une prime mensuelle de 655 fr. et un treizième salaire de 5'923 fr., soit un revenu mensuel total 7'072 fr. correspondant à une rémunération annuelle de 84'864 fr. Dès lors que ce point n'est pas litigieux, il y a exceptionnellement lieu de laisser indécise la question de savoir si le revenu sans invalidité fixé par la CNA est conforme à l'art. 28 al. 4 OLAA - cela d'autant qu'à supposer que tel ne soit pas le cas, le revenu en cause n'en serait que plus bas (puisque procédant du salaire que pourrait réaliser dans un poste similaire un assuré d'âge moyen, comptabilisant par définition moins d'années de service et une progression salariale moins importante), ce qui aurait des conséquences désavantageuses pour le recourant lors de la comparaison des revenus.

e) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données

salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1; cf. TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3). Dans ce cas, pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; cf. TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2).

En l'occurrence, à défaut d'activité exercée depuis le départ à la retraite du recourant, la CNA était fondée à recourir aux DPT pour établir le revenu d'invalidé de ce dernier. Il est incontestable que les cinq DPT retenues par la CNA sont compatibles avec l'état de santé du recourant, dans la mesure où il s'agit de travaux légers s'effectuant prioritairement en position assise et qui ne requièrent dès lors pas de sollicitations particulières du genou gauche. En outre, elles satisfont aux conditions formelles posées par la jurisprudence (cf. ATF 129 V 472). C'est dès lors à juste titre que la CNA s'est référée aux cinq DPT produites pour déterminer le salaire d'une personne d'âge moyen affectée des mêmes séquelles accidentelles que recourant et dont l'activité serait exigible en plein. Quant au revenu d'invalidé fixé sur cette base pour l'année 2011 – soit 4'950 fr. par mois (part au treizième salaire incluse), correspondant à une rémunération annuelle de 59'400 fr. –, il n'est pas critiquable. En particulier, le recourant n'explique pas en quoi ce montant devrait être écarté au profit du revenu de 4'240 fr. dont il se prévaut sans toutefois fournir la moindre explication à la base de son raisonnement.

f) En comparant le revenu d'invalidé au revenu sans invalidité, on aboutit à une incapacité de gain de 30%, telle que calculée par l'intimée. Par conséquent, pour ce qui est du taux de la rente d'invalidité – laquelle revêt ici le caractère d'une rente complémentaire au sens de l'art.

20 al. 2 LAA dans la mesure où le recourant perçoit une rente AVS (cf. consid. 4a supra) –, l'appréciation de la CNA échappe à la critique.

Par surabondance, on notera encore que lorsque le recourant conteste le salaire calculé par l'intimée pour l'année 1972 (cf. réplique du 31 août 2012 p. 7), il critique en réalité le gain assuré arrêté par la CNA (cf. notamment art. 15 LAA et art. 22 ss OLAA). Il n'invoque toutefois aucun argument concret à l'encontre de l'évaluation de la Caisse mais se contente de la rejeter en bloc. Aussi, faute de griefs précis et dûment motivés, la Cour de céans ne peut entrer en matière sur le sujet et s'abstiendra donc de plus amples développements à cet égard.

7. Il reste à examiner le bien-fondé du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par l'intimé.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (cf. TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution

de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (cf. ATF 133 V 224 consid. 2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (cf. ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b et les références).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (cf. ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (cf. TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1; TF 8C_365/2007 du 15 mai 2008 consid. 7.2; ATF 124 V 211 consid. 4a/cc) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) Il découle de l'art. 118 al. 2 let. c LAA que le dommage corporel résultant d'un accident qui a eu lieu avant l'entrée en vigueur de la LAA n'ouvre pas le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité

lorsque les conditions donnant naissance à ce droit étaient réalisées avant le 1^{er} janvier 1984 déjà, soit sous l'empire de l'ancien droit lequel ne connaissait pas l'institution de l'atteinte à l'intégrité corporelle. Toutefois, lorsque l'atteinte se révèle importante et durable seulement après le 1^{er} janvier 1984, une indemnisation en application de la LAA n'est pas exclue (cf. ATF 127 V 456 consid. 4a; cf. TFA U 196/02 précité consid. 5.1; cf. RAMA 1993 n° U 157 consid. 3a p. 20 et 1988 n° 50 p. 284 ss consid. 1b). A cet égard, il convient de prendre en compte la règle de l'art. 24 al. 2 LAA, selon laquelle l'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Pour déterminer si un assuré a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en application de l'art. 118 al. 2 let. c LAA, il y a donc lieu de se placer au moment où les mesures thérapeutiques se sont achevées (moment qui correspond au demeurant à celui à partir duquel le droit à la rente prend naissance, cf. art. 19 al. 1 LAA). En cas d'aggravation durable et importante (5% au moins) d'une atteinte à l'intégrité survenant après le 1^{er} janvier 1984 en raison d'une rechute ou de séquelles tardives, une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est due que pour la part de cette aggravation (cf. TFA U 196/02 précité consid. 5.1; cf. RAMA 1988 n° U 50 p. 286 consid. 2b; voir aussi l'arrêt non publié J. du 18 mars 1997, U 154/96).

c) En l'espèce, l'intimée retient une atteinte à l'intégrité de 20,77% en relation avec l'accident du 1^{er} novembre 1972, sur la base du rapport du Dr L. _____ du 29 septembre 2011. Le recourant fait valoir, de son côté, que le taux de l'atteinte à l'intégrité est de 40% s'agissant d'une endoprothèse avec résultat mauvais.

Dans son rapport du 29 septembre 2011, le Dr L. _____ a observé que, selon les documents radiologiques à disposition, l'indication à la mise en place d'une endoprothèse avait été établie sur la base d'une gonarthrose modérée correspondant, selon la table d'indemnisation n°5, à une atteinte à l'intégrité entre 20 et 40%. Il a estimé qu'il y avait lieu en l'occurrence de retenir une atteinte à l'intégrité globale de 30%, laquelle devait encore être pondérée du fait que l'événement traumatique était

antérieur à 1984. Considérant que l'arthrose s'était développée de manière linéaire depuis 1972 jusqu'à l'examen clinique de 2011, le Dr L._____ a, selon une règle de trois, fixé l'atteinte à l'intégrité indemnisable à 20,77%.

A l'examen du dossier, on constate que si le Dr L._____ a considéré, sur la base des pièces radiologiques produites, que la pose d'une prothèse avait été justifiée par une arthrose modérée - atteinte dont faisait déjà mention le Dr X._____ dans son rapport du 25 juin 1991 (*«Les clichés à vide montrent la présence d'une gonarthrose modérée prédominant du côté externe [...]»*) -, il apparaît toutefois que dans le protocole opératoire établi lors de l'intervention du 27 septembre 2007, le Dr V._____ a fait état d'une gonarthrose grave. Cette divergence ne porte toutefois pas à conséquence dans le cas particulier. En effet, selon la table d'indemnisation n°5, le taux de l'atteinte à l'intégrité est de 10 à 30% en cas d'arthrose modérée du genou (et non de 20 à 40% ainsi que mentionné dans le rapport du Dr L._____ du 29 septembre 2011) et de 30 à 40% en cas d'arthrose grave du genou. Dès lors que le Dr L._____, seul médecin à s'être prononcé sur la question de l'atteinte à la santé indemnisable, a considéré qu'il y avait lieu de retenir une atteinte globale de 30%, peu importe que l'on se réfère au taux maximum de 30% prévu pour les arthroses modérées du genou ou au taux minimum de 30% prescrit pour les arthroses graves affectant cette même articulation. Par ailleurs, c'est en vain que le recourant soutient que l'endoprothèse a eu de mauvais résultats (cf. recours du 16 mars 2012 p. 6). Ce faisant, il se réfère en effet à l'état de santé postérieur à la mise en place de la prothèse totale du genou, alors que la jurisprudence considère que l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèses ou d'endoprothèses doit reposer sur l'état de santé non corrigé, comme en cas de remise d'un moyen auxiliaire, à l'exception des moyens servant à la vision (cf. ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA; cf. TF 8C_862/2009 du 26 juin 2009 consid. 3.1 et 3.2 avec la jurisprudence citée). Enfin, aucun des médecins consultés après la survenance de la gonarthrose n'a fait état d'une aggravation prévisible justifiant que l'assureur-accidents en prît compte équitablement en vertu de l'art. 36 al. 4 OLAA. Dans ces conditions, la

Cour de céans ne peut que se rallier à l'appréciation du Dr L._____ fixant à 30% le taux de l'atteinte à l'intégrité, au regard de son importance et de sa durabilité.

Dès lors que les troubles en question résultent d'un accident survenu le 1^{er} novembre 1972, soit à une époque où la législation ne connaissait pas l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, c'est à juste titre que le Dr L._____ a pondéré le taux de 30% pour ne prendre en considération que la période écoulée après l'entrée en vigueur de la LAA au 1^{er} janvier 1984 (cf. consid. 7b supra). Sur ce point, la méthode utilisée échappe à la critique. Ainsi, faute d'indices contraires au dossier, le médecin d'arrondissement de la CNA était fondé à partir du principe que l'atteinte s'était développée de manière linéaire de 1972 jusqu'à l'examen clinique de 2011, soit durant trente-neuf ans, et à retenir, sur la base d'une règle de trois, que pour la période allant de 1984 à 2011, soit vingt-sept ans, le taux de l'atteinte à l'intégrité était de 20,77% ($[27 \times 30] / 39 = 20.769$).

Pour le reste, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il reproche au Dr L._____ d'avoir fait preuve de partialité et de s'être prononcé sans prendre en considération certaines pièces du dossier (cf. réplique du 31 août 2012 p. 6). S'agissant tout d'abord de la partialité, le recourant n'explique pas en quoi le Dr L._____ aurait manqué d'objectivité et n'apporte aucun indice dans le sens d'une prévention de ce médecin à son encontre. Si tant est que le recourant ait voulu étendre à l'avis du Dr L._____ les griefs soulevés à l'encontre de l'appréciation du Dr K._____, force est de souligner que ce moyen a déjà été discuté plus haut et qu'il s'est avéré entièrement infondé; il suffit donc, sur ce point, de renvoyer aux considérations émises à ce propos (cf. consid. 5c supra). De surcroît, c'est à tort que le recourant reproche au Dr L._____ de ne pas avoir pris en considération «*les rapports des autres médecins neutres*». Outre que l'on peut difficilement qualifier de neutres les médecins traitants de l'assuré (cf. consid. 4b supra), ce dernier se contente ici de formuler de simples allégations sans démontrer en quoi l'avis des autres praticiens interpellés pourrait s'avérer décisif sous l'angle de l'atteinte à

l'intégrité indemnisable - et pour cause, puisqu'à l'exception du Dr L._____, aucun des médecins consultés n'a analysé le dossier sous l'angle de l'atteinte à l'intégrité. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de mettre en doute le bien-fondé du rapport du Dr L._____ du 29 septembre 2011 établi en pleine connaissance du dossier, à la lumière notamment des conclusions - pleinement probantes (cf. consid. 5c supra) - de l'examen clinique du Dr K._____ le 25 août 2011 ainsi que des documents radiologiques produits au cours de la procédure.

Au final, le recourant ne parvient donc pas à démontrer en quoi il faudrait s'écarter de l'appréciation du Dr L._____. Par conséquent, le taux d'atteinte à l'intégrité indemnisable de 20,77% retenu par la CNA, sur la base de l'estimation de son médecin d'arrondissement, doit être confirmé.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise judiciaire ou de l'audition de témoins, comme le requiert le recourant dans sa réplique du 31 août 2012. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

S'agissant des motifs invoqués à l'appui de la requête d'expertise judiciaire, on relèvera plus particulièrement que contrairement à ce qu'allègue le recourant dans sa réplique du 31 août 2012 (p. 2), le fait que la CNA ait dû se fonder sur un dossier reconstitué, faute d'avoir conservé les pièces initiales consécutives à l'accident du 1^{er} novembre 1972, ne porte pas à conséquence. S'il est certes regrettable que ces documents aient été détruits, on ne saurait pour cette seule raison procéder à une expertise judiciaire attendu que l'instruction menée par la caisse a permis de recueillir les informations nécessaires - avec le concours des médecins traitants - pour pouvoir statuer en pleine

connaissance de cause. Par ailleurs, s'il est constant que certaines pièces du dossier de l'intimée sont en langue allemande, ainsi que le relève le recourant (cf. réplique du 31 août 2012 p. 2), on ne voit pas que ce dernier en ait subi un quelconque préjudice dans le cadre de la présente procédure, dès lors qu'il ne s'agit pas de pièces déterminantes pour l'issue du litige (lesquelles ont toutes été rédigées en langue française) mais essentiellement de notes internes à la CNA – qui, en tant qu'organisme à vocation nationale, compte nécessairement des collaborateurs germanophones auxquels le recourant ne saurait reprocher de s'exprimer à l'interne dans leur langue maternelle – ou d'écrits adressés aux services administratifs de l'entreprise E. _____ à [...], dans le canton de Berne. En tout état de cause, on peine à voir en quoi une expertise judiciaire pourrait s'avérer pertinente sous cet angle. Enfin, ainsi qu'exposé plus haut (cf. consid. 5 et 7 supra), l'appréciation des médecins d'arrondissement de l'intimée échappe à la critique et ne justifie par conséquent aucun complément d'instruction.

9. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite, ni d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. a et g LPG).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 15 février 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- A. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

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 :