

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/408/2008

ATAS/1005/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 19 août 2009

En la cause

Monsieur H_____, domicilié au LIBAN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Henri NANCHEN

recourant

contre

AXA WINTERTHUR, sise chemin de Primerose 11, LAUSANNE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Serge
ROUVINET

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier Levy, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur H_____, né en 1978, de nationalité libanaise, diplômé en gestion hôtelière internationale, au bénéfice d'un permis B pour formation, a débuté un stage de six mois à plein temps auprès de l'hôtel X_____, à Genève, le 12 janvier 2004. Il réalisait un salaire mensuel brut de 2'050 fr., plus une gratification de 85 fr. 40, soit 2'135 fr. 40. Il était alors assuré auprès de AXA WINTERTHUR (ci-après l'assureur, anciennement WINTERTHUR) contre les accidents professionnels et non-professionnels.
2. Le 5 avril 2004, l'assuré a été heurté par une voiture, alors qu'il traversait la route sur un passage pour piétons. Il a été en incapacité de travail à 100% du 5 avril au 17 novembre 2004, à 50% du 18 novembre 2004 au 21 novembre 2005, à 100% du 22 novembre 2005 au 31 mars 2006 et à 50% du 1^{er} avril 2006 au 30 avril 2007.
3. L'assureur a versé les indemnités journalières et pris en charge les frais médicaux.
4. Par rapport du 3 juin 2004, la Dresse L_____, chef de clinique-adjointe, et le Dr M_____, médecin interne, auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) ont expliqué que l'assuré n'avait pas subi de traumatisme crânio-cérébral, ni de perte de connaissance. Suite à l'accident, il avait ressenti des douleurs au poignet et au genou droits. Les diagnostics posés étaient des lésions du genou droit, une fracture du poignet droit et une lésion traumatique du sus-épineux de l'épaule gauche. L'assuré avait séjourné au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur du 5 au 26 avril 2004, puis au service de rééducation locomotrice jusqu'au 3 juin 2004. Un traitement ambulatoire de physiothérapie était proposé.
5. Par rapport du 3 juin 2004, Monsieur I_____, physiothérapeute auprès des HUG, a indiqué que les problèmes à traiter étaient le genou droit et une contusion de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche. Au status final, il a mentionné que l'assuré était indépendant avec des cannes axillaires, se déplaçait à 2 km/h., avait peur d'utiliser les escaliers et portait une attelle au genou droit. Enfin, il a indiqué les amplitudes s'agissant du poignet droit. La poursuite du traitement de physiothérapie en ambulatoire et de la piscine semblaient nécessaires pour poursuivre la récupération articulaire et musculaire.
6. Par courrier du 23 août 2004 adressé à Maître Caroline FERRERO MENUT, mandataire de l'assuré, l'employeur de l'assuré a indiqué qu'au moment de l'accident, ce dernier effectuait un stage de formation qui devait se terminer fin juin 2004. Vu son accident et son incapacité de travail d'une durée indéterminée, le contrat de stage avait été prolongé. En outre, il avait été envisagé de lui proposer,

une fois le stage accompli, un travail à responsabilité avec un salaire mensuel brut de 5'325 fr., correspondant au poste de chef de département.

7. Dès le 18 novembre 2004, l'assuré a repris son stage à 50%.
8. Dès le 1^{er} janvier 2005, l'assuré a été transféré auprès de l'Hôtel Y _____ S.A. où il a continué son stage.
9. Le 11 février 2005, l'assuré a été soumis à une expertise effectuée à la demande de l'assureur par le Dr N _____, spécialiste en orthopédie et chirurgie. Il résulte de son rapport du 26 février 2005 que les diagnostics sont une fracture marginale du plateau tibial interne du genou droit, restée déplacée avec diminution de la surface de contact entre le condyle fémoral et le plateau tibial, un status après petite fracture marginale du plateau tibial externe, un status après rupture du ligament latéral externe du genou droit, une persistance d'un défaut de mobilité et un status après fracture non déplacée de l'épiphyse distale du radius droit.

A l'examen clinique, le patient présentait encore un défaut de flexion de 35 degrés au genou droit par rapport au côté gauche avec également un petit défaut d'extension de 5 degrés. La récupération fonctionnelle du genou n'était pas complète. Le genou restait douloureux à certains mouvements. Le patient ne pouvait ni s'accroupir, ni s'agenouiller, ni courir. Le médecin a également noté que les deux hanches présentaient des mobilités symétriques, physiologiques et non douloureuses. S'agissant du poignet droit, il ne restait aucune séquelle. Enfin, la radiographie effectuée le 5 avril 2004 de l'épaule gauche de face était sans particularité.

L'expert a relevé que lorsque l'assuré avait repris son travail le 18 novembre 2004, il était alors gêné car il devait se tenir debout assez longtemps à la réception, ce qui entraînait des douleurs. Depuis qu'il travaillait à Fribourg, essentiellement assis, le patient supportait mieux ce travail. Cependant, il devait descendre aux archives pour chercher des dossiers comptables, et la descente d'escaliers était difficile. Il avait en outre de la peine à s'accroupir pour prendre les dossiers situés en bas. Pour l'instant, l'assuré travaillait à 50%. S'il ne pouvait faire que de la comptabilité, sans se déplacer, sans se baisser, ni descendre les escaliers, alors une capacité entière pourrait être envisagée dans ce travail administratif. Pour l'instant, compte tenu de la nécessité du patient à se déplacer, le médecin estimait la capacité de travail à 50% au maximum.

Le spécialiste a en outre expliqué qu'à l'époque de l'accident, l'assuré effectuait deux fonctions, à savoir qu'il s'occupait avec la personne responsable du personnel, des onze hôtels appartenant à la chaîne, de la planification du travail, des vacances, etc. Il s'agissait d'un travail essentiellement assis, travail qu'il pourrait actuellement très probablement effectuer à temps plein. Il avait également une fonction de Duty Manager, soit responsable du contrôle des chambres, du parking, de la clientèle.

Cette activité étant essentiellement debout et nécessitant de nombreux déplacements, la capacité pouvait être inférieure à 50%.

L'état n'était pas stabilisé, il était donc difficile de faire un pronostic quant à une invalidité résiduelle. Pour l'instant, une occupation purement assise était parfaitement envisageable. L'atteinte à l'intégrité ne pouvait pas encore être évaluée non plus. Il n'était pas exclu que, par la suite, une intervention à moyen ou long terme soit nécessaire. Une arthrose du compartiment interne pourrait se développer à moyen ou long terme et pourrait nécessiter une arthroplastie par prothèse unicompartimentaire du compartiment interne. Vu l'âge du patient, une telle intervention était pour l'instant tout à fait prématurée.

Ce cas lui paraissait malheureux, car la surface articulaire fracturée du plateau tibial interne était restée déplacée. Etant donné que le patient était encore jeune, l'apparition d'une arthrose risquait de ne pas être précoce, mais il y avait fort à craindre qu'elle allait se développer et nécessiter une intervention.

10. Dès le 1^{er} avril 2005, une fois son stage terminé, l'assuré a été engagé pour une durée indéterminée auprès du même employeur en tant qu'assistant contrôleur financier pour un salaire mensuel brut de 3'560 fr.
11. Le 11 mai 2005, l'assuré a déposé une demande d'autorisation de séjour auprès des autorités fribourgeoises.
12. Par rapport du 20 mai 2005, le Dr David NORDET, chef de clinique auprès du département de psychiatrie des HUG a expliqué que l'assuré était venu régulièrement aux entretiens fixés en raison d'une grande intolérance à la frustration et une irritabilité disproportionnée étroitement liées à son accident. Selon le médecin, les symptômes évoqués par l'assuré étaient compatibles avec un trouble de l'adaptation avec modification des émotions (F43.23 réaction dépressive). Le pronostic restait indéfini, car il pouvait évoluer vers une modification durable de la personnalité, vers un épisode dépressif avec plaintes somatiques, l'assuré pouvait accepter son handicap après épuisement de toutes les possibilités d'amélioration et sur la base d'un travail psychothérapeutique.
13. Par rapport du 21 mai 2005, le Dr N_____ a pris note du fait que l'hôtel où travaillait l'assuré était muni d'un ascenseur qui descendait jusqu'aux archives. Par conséquent, il estimait que l'incapacité de travail était de 20 à 25 %. Une reprise à 100% devait être possible dans le courant de l'été 2005, si l'assuré gardait le même travail. Par contre, s'il pouvait retrouver un emploi dans les ressources humaines des hôtels, l'assuré pourrait très probablement déjà travailler à plein temps.
14. Par décision du 11 juillet 2005, les autorités du canton de Fribourg ont rejeté la requête déposée par l'assuré tendant à l'octroi d'une autorisation de séjour avec prise d'emploi, au motif qu'il n'était pas hautement qualifié au sens de

l'ordonnance du 6 octobre 1986 limitant le nombre des étrangers (OLE ; RS 823.21). L'assuré est alors rentré au Liban.

15. Selon un rapport du 6 octobre 2005, le Dr PHAM, médecin interne auprès de la clinique et policlinique de dermatologie des HUG, a expliqué que les problèmes dermatologiques présentés par l'assuré lors de la consultation du 23 avril 2004 étaient probablement liés au stress généré par l'accident ou possiblement au stress généré par l'hospitalisation.
16. Le 22 novembre 2005, l'assuré a subi à Genève une arthroscopie du genou droit et une résection subtotale de la corne antérieure du ménisque interne, effectuées par le Dr Blaise WYSSA, spécialiste en chirurgie orthopédique. Les diagnostics posés étaient une fracture marginale du plateau tibial interne et une déchirure de la corne antérieure du ménisque interne. L'incapacité de travail de l'assuré a alors été totale.
17. Le 14 décembre 2005, l'assuré a été soumis à une nouvelle expertise effectuée à la demande de l'assureur par le Dr N_____. Dans son rapport du 23 décembre 2005, l'expert a indiqué que les diagnostics étaient identiques à ceux mentionnés dans son précédent rapport. L'intervention du Dr WYSSA visait à tenter d'améliorer la fonction du genou et à diminuer les douleurs. L'intervention avait eu lieu seulement trois semaines auparavant et il n'était pas étonnant que le patient n'ait pas encore récupéré correctement la fonction du genou.

S'agissant d'une éventuelle invalidité ou une éventuelle atteinte à l'intégrité, il lui paraissait encore trop tôt pour statuer.

18. Par rapport du 9 janvier 2006, le Dr WYSSA a expliqué qu'au dernier contrôle effectué le 5 décembre 2005, une symptomatologie douloureuse persistait avec raideur du genou.
19. Le 17 janvier 2006 a eu lieu un entretien entre l'assureur, Mme ARDAINE, responsable RH auprès de l'employeur, et le Directeur du NH GENEVA AIRPORT HOTEL. Selon un rapport versé au dossier de l'assuré, Mme ARDAINE a expliqué qu'au début du stage, l'assuré oeuvrait comme stagiaire à la réception. Par la suite, il avait effectué des travaux administratifs ainsi que de la comptabilité. L'assuré n'avait ensuite pas obtenu de permis de travail puisqu'il ne remplissait pas la condition d'une personne hautement qualifiée ayant trouvé un poste à responsabilité. Au vu de ses compétences et de ses qualifications, l'assuré aurait pu travailler en tant réceptionniste auprès de l'employeur. Il n'aurait par contre pas pu obtenir un poste en tant que « front office manager », ce poste étant un travail à responsabilités, nécessitant au préalable une formation de 3 à 5 ans, voire plus. L'assuré avait certes postulé pour ce poste, mais il était clair qu'il n'en avait pas les compétences. Le courrier adressé le 23 août 2004 à Maître FERRERO MENUT était un courrier que Mme ARDAINE avait rédigé mais qu'elle avait refusé de signer, car il s'agissait d'une lettre de complaisance destinée à l'assureur

responsabilité civile du responsable de l'accident. Mme ARDAINE a ajouté qu'en Suisse, aucun « front office manager » ne gagne 5'325 fr. par mois. Ce salaire correspond à celui d'un cadre, qualification que l'assuré n'a pas. Selon elle, un salaire mensuel de 4'280 fr. est accordé après 7 ans d'expérience. Enfin, elle a précisé que l'assuré avait obtenu une augmentation de salaire dès le 1^{er} avril 2005.

20. Par courrier du 17 mars 2006, l'assureur a indiqué que le salaire déterminant pour calculer les indemnités journalières était augmenté dès le 1^{er} avril 2005, soit 44'500 fr. par an.

21. Le 29 mars 2006, l'assuré a à nouveau été examiné par le Dr N_____. Dans son rapport du 10 avril 2006, les diagnostics posés sont un status après fracture par enfoncement et petite séparation du plateau tibial interne du genou droit, un petit arrachement fracturaire du bord externe du plateau tibial externe et un status après ostéosynthèse et arthroscopie, la dernière intervention datant du 22 novembre 2005.

Il y avait une amélioration nette de la fonction du genou, qui se manifestait par une marche sans cannes et sans boiterie lorsque l'assuré était chaussé. Cependant, les plaintes subjectives du patient n'avaient pas changé. Enfin, selon les radiographies de contrôle effectuées à la demande du Dr N_____, il n'y avait pas de signes d'arthrose.

Selon ce médecin, au vu des constatations cliniques, radiologiques et des explications fournies par le patient, il estimait ce dernier apte à travailler à 50% dès le 1^{er} avril 2006. Dans un travail assis, sans efforts, il serait apte à travailler à 100%. Le patient s'était déclaré d'accord, précisant que pour l'instant il n'avait pas de place de travail et était dans l'attente d'un permis pour chercher une occupation.

S'agissant de l'invalidité, et d'une éventuelle atteinte à l'intégrité, l'état de santé n'était pas encore stabilisé. Mais étant donné que le patient se sentait apte à travailler, le médecin osait espérer qu'il n'y aurait pas d'invalidité.

22. Par rapport du 4 juillet 2006, le Prof. Daniel FRITSCHY, médecin chef de service auprès du département de chirurgie des HUG, a expliqué que compte tenu de l'importance des dégâts initiaux, il estimait le résultat comme assez satisfaisant. Il ne pensait pas que l'on puisse attribuer à la fracture marginale interne du plateau tibial le déficit de mobilité et le syndrome douloureux résiduel présentés actuellement. En effet, le genou droit ne montrait pas de laxité et rien ne permettait de dire qu'une ostéosynthèse éventuelle du fragment marginal du plateau tibial interne n'aurait pas été suivi d'un syndrome douloureux résiduel.

23. Par courrier du 13 juillet 2006, l'employeur a confirmé que l'assuré avait postulé pour le poste de « front office manager », mais qu'il n'avait pas l'expérience nécessaire. En outre, dans la mesure où l'assuré n'est pas un ressortissant de l'Union européenne, il est pratiquement impossible d'obtenir un permis de travail.

24. Le 17 juillet 2006, le Dr Didier GONSETH, spécialiste en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré à la demande de ce dernier. Dans son rapport daté du 28 juillet 2006, il a diagnostiqué une ancienne entorse grave du genou droit (déchirure du ligament latéral externe, fracture marginale du plateau tibial externe, fracture marginale du plateau tibial interne), une gonarthrose post-traumatique, une réduction de la surface d'appui fémoro-tibial externe et une ancienne fracture du poignet droit (guérie sans séquelle).

A l'examen clinique, l'expert a relevé notamment l'absence de déformation ou de point douloureux au niveau des hanches et aux membres supérieurs.

A la demande de l'expert, de nouvelles radiographies ont été effectuées le 18 juillet 2006. Ce dernier a relevé que sur le plan radiologique, il existait une anomalie importante de l'articulation sous la forme d'une réduction de la surface du plateau tibial interne consécutive à une fracture de ce plateau. Cette anomalie expliquait la symptomatologie douloureuse dont se plaignait l'assuré.

L'assuré se disait prêt à essayer de travailler à 100% dans un travail de type sédentaire, mais il n'était pas sûr d'y parvenir.

Dans la discussion du cas, l'expert a indiqué que l'évolution prévisible en gonarthrose laissait présager une aggravation. Les possibilités thérapeutiques chirurgicales étaient limitées. Il était toutefois certain qu'à moyen ou long terme une intervention serait nécessaire. Il existait également une possibilité d'amélioration ultérieure car il existait dans ce cas une composante dystrophique (algodystrophie ou dystrophie de décharge) qui pouvait s'atténuer avec le temps.

25. Par rapport du 11 août 2006, le Dr WYSSA a expliqué qu'au dernier contrôle effectué le 2 juin 2006, il y avait une amélioration mais une persistance des douleurs importantes à la marche. Il proposait la poursuite de la physiothérapie. Selon l'évolution, au niveau du compartiment interne, une ostéotomie de valgisation pouvait être envisagée.
26. Le 20 octobre 2006, un nouvel examen a été effectué par le Dr N_____. Dans son rapport du 20 novembre 2006, ce médecin a posé les mêmes diagnostics que ceux indiqués dans son dernier rapport et a rappelé les conclusions auxquelles était parvenu le Dr GONSETH. Il a relevé que le Dr WYSSA avait mis fin à tout traitement (physiothérapeutique et médicamenteux). Les douleurs au genou droit gênaient l'assuré d'une manière prépondérante et étaient plus importantes que l'année précédente. L'assuré se disait prêt à effectuer un travail adapté, mais ne pensait pas pouvoir le faire à plein temps. Le médecin a indiqué que l'assuré exprimait les mêmes plaintes que lors de l'expertise du Dr GONSETH. L'assuré a expliqué en outre que lorsqu'il était assis, il avait davantage de douleurs, surtout lorsqu'il croisait les genoux.

A l'examen clinique, l'expert a relevé que lorsque l'assuré était accroupi, il prenait alors appui sur son genou droit pour se relever, ce qui signifiait que le genou droit était fonctionnel d'une manière satisfaisante. La flexion du genou droit s'était très légèrement améliorée. Dans tous les cas, elle ne s'était pas péjorée. La fonction du genou était satisfaisante, malgré la persistance d'un défaut de flexion de l'ordre de 15 degrés. Le patient avait certes déclaré ne pouvoir rester assis en croisant les jambes sans avoir des douleurs à son genou droit. Le spécialiste a indiqué que cela était possible, tout en faisant remarquer au patient qu'il s'agissait d'un mouvement qu'il n'était pas indispensable de faire.

L'assuré se plaignait également de douleurs sur la face externe de la hanche gauche. A l'examen clinique, il n'y avait pas de douleurs à la palpation dans le pli de l'aîne et la mobilité de la hanche gauche était parfaitement normale, facile et symétrique par rapport à la droite. La palpation de la région trochantérienne entraînait des douleurs que l'assuré ressentait à la marche ou lors de certaines positions. Selon le médecin, il s'agissait d'une irritation de l'insertion musculaire des muscles fessiers sur le grand trochanter. Malgré les assertions du patient qui déclarait avoir ménagé sa hanche droite et surmené sa hanche gauche, le spécialiste ne voyait pas de lien de causalité entre ces douleurs et l'accident.

Si certaines plaintes étaient expliquées par l'examen clinique et les radiographies, il lui semblait qu'il y avait beaucoup plus de plaintes subjectives et que celles-ci n'étaient pas toutes expliquées par l'état clinique et les radiographies. Il lui paraissait que l'état était pratiquement stabilisé.

Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était de 50%. Dans un travail adapté, c'est-à-dire essentiellement sédentaire, avec possibilité de changer de position pour soulager son genou, le patient serait apte à travailler à 100%. La capacité de travail était donc totale dans une activité ne nécessitant pas de devoir s'agenouiller, ni s'accroupir, évitant les positions prolongées assis genoux fléchis, les longs déplacements ou les montées/descentes fréquentes d'escaliers.

Selon le médecin, il lui paraissait, comme au Dr GONSETH, qu'il est presque certain que le patient devra subir dans un avenir impossible à déterminer une nouvelle intervention au niveau du genou. Il était d'accord avec le Dr GONSETH pour dire que pour l'instant il n'y avait pas de solution chirurgicale à envisager vu le jeune âge du patient. Il ne voyait pas non plus la nécessité à poser une indication chirurgicale d'une ostéotomie de valgisation du genou.

Il fallait tenir compte d'une aggravation possible à moyen ou long terme et vraisemblablement prévoir, une fois, probablement soit une prothèse unicompartimentaire, soit à la limite, une prothèse du genou, mais ceci était tout à fait prématuré vu l'âge du patient et l'état clinique actuel. Il n'était pas possible de préciser dans quel délai une telle sanction chirurgicale pourrait devenir nécessaire.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, s'il convenait de tenir compte déjà maintenant d'une aggravation possible nécessitant la pose d'une prothèse, de quelque modèle soit-elle, la table n° 5 de la SUVA mentionnait qu'une endoprothèse avec bon résultat donnait une atteinte à l'intégrité de 20% et avec un mauvais résultat de 40%. Dans le cas de l'assuré, on pouvait compter sur une atteinte à l'intégrité de l'ordre de 30% lorsqu'une éventuelle prothèse sera posée.

Enfin, le spécialiste a expliqué n'avoir aucune raison de penser que le traitement effectué initialement n'avait pas été fait dans les règles de l'art. Il aurait été possible de procéder à une réduction de la fracture au moment du traitement initial, mais les médecins avaient décidé de ne pas le faire. N'ayant pas examiné le patient juste après l'accident, il lui était impossible de dire si une telle réduction aurait dû être faite. Quoi qu'il en soit, même avec une réduction de la fracture, il n'était de loin pas certain que le patient serait dans une meilleure condition maintenant.

27. En date du 8 mars 2007, l'assureur a informé l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration des suites de l'accident du 5 avril 2004. L'assureur mettait donc fin au paiement des frais médicaux et des indemnités journalières au 30 avril 2007.

S'agissant du gain déterminant pour les indemnités journalières, l'assureur a rappelé l'augmentation de salaire prise en compte dès avril 2005.

Pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré à ce jour et du problème douloureux, une atteinte à l'intégrité de 20% était retenue. Dès lors que la pose d'une prothèse n'était pas possible pour le moment, il n'y avait pas d'indemnité à ce propos. Une révision était cependant possible. La somme de 21'360 fr. était donc allouée à l'assuré à ce titre, calculée d'après le montant maximum légal du salaire annuel assurable au moment de l'accident (106'800 fr.).

S'agissant du degré d'invalidité, suite à une comparaison des salaires et compte tenu d'une capacité de travail totale, l'assuré ne subissait aucune perte de gain.

Enfin, seules les lésions au genou gauche étaient en relation de causalité avec l'accident, à l'exclusion de toutes autres plaintes. L'expertise du Dr N_____ avait pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise.

28. Par courrier du 5 avril 2007, l'assuré a notamment contesté le gain déterminant pour les indemnités journalières, au motif qu'il aurait pu réaliser un salaire mensuel supérieur à celui retenu par l'assureur. Il se fondait pour cela sur une attestation établie par l'Institut Hôtelier « César Ritz », selon laquelle à l'issue de son stage, l'assuré aurait intégré le marché du travail en tant que cadre supérieur, et selon la Convention collective nationale de travail pour les hôtels, restaurants et cafés (ci-après la CCT), l'échelle salariale prévue pour un cadre supérieur est de 5'350 fr. par

mois (1^{er} juillet 2005) ou 5'404 fr. au 1^{er} janvier 2006. L'assuré a également requis que le taux de l'atteinte à l'intégrité soit porté de 20 à 50% compte tenu de l'évolution prévisible vers la pose d'une prothèse. En outre, il a demandé l'octroi d'une rente d'invalidité entière compte tenu des conséquences de l'accident sur son genou droit, sa hanche gauche, son épaule gauche et son psychisme. Enfin, selon lui, le salaire sans invalidité à prendre en compte pour fixer le degré d'invalidité devait également s'élever à 5'404 fr.

29. Il résulte d'une note versée au dossier en date du 29 mai 2007 que, selon Mme ARDAINE, le salaire adéquat à prendre en compte pour l'assuré, au vu de ses 6 ans d'expérience et de sa formation professionnelle, est de 3'560 fr., voire au maximum 4'500 fr. (salaire correspondant au poste d'« assistant front manager »). Elle a fait remarquer que la question de la reconnaissance des écoles effectuées par l'assuré se posait notamment pour déterminer le salaire à verser conformément à la CCT.
30. A la demande de l'assureur, l'Institut Hôtelier César Ritz en Valais a confirmé le 22 juin 2007 que les cours dispensés par cet institut ne sont pas reconnus au niveau fédéral.
31. Par décision du 18 octobre 2007, l'assureur a admis, à titre transactionnel, un gain déterminant mensuel de 4'500 fr. (soit 58'500 fr. annuels) pour le calcul des indemnités journalières. Il a indiqué que le montant de 5'404 fr. ne pouvait être retenu, car le profil de l'assuré ne correspondait pas au poste d'« assistant front manager ». En outre, l'assureur s'était renseigné auprès de l'Institut Hôtelier César Ritz, lequel avait indiqué que l'école n'était pas reconnue au niveau fédéral. Or, selon la CCT 2006, pour avoir droit au salaire de 5'404 fr., il fallait être au bénéfice d'une formation reconnue.

L'assureur a par ailleurs maintenu une atteinte à l'intégrité de 20% ainsi que sa position quant à l'absence de lien de causalité entre les plaintes à l'épaule gauche, à la hanche et l'accident assuré et a refusé d'organiser une nouvelle expertise. Il a en outre considéré que compte tenu de la capacité entière de travail dans une activité adaptée, l'assuré ne subissait pas de perte de gain. Par conséquent, l'assuré n'avait pas droit à une rente d'invalidité. Enfin, l'assureur a pris à sa charge des frais de voyage.

32. Par opposition du 13 novembre 2007, l'assuré a contesté le degré de l'atteinte à l'intégrité et le degré d'invalidité retenus par l'assureur. Il a également contesté le refus de prendre en compte les troubles à l'épaule, à la hanche et ses atteintes psychiques, ainsi que le refus de mettre en place une expertise.
33. Par décision sur opposition du 7 janvier 2008, l'assureur a admis partiellement l'opposition, en retenant un degré d'invalidité de 10%, et l'a rejetée pour le surplus.

S'agissant des séquelles que l'assuré présentait suite à l'accident, l'assureur a retenu celles du genou droit. Sur la base des expertises effectuées par le Dr N_____ les 10 avril et 20 novembre 2006, l'assuré était en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée. Le Dr GONSETH n'avait d'ailleurs pas contesté cette appréciation (rapport du 28 juillet 2006). S'agissant des troubles à l'épaule gauche, l'assuré se prévalait d'une lésion traumatique du sus-épineux (rapport du 3 juin 2004, HUG) ainsi que d'une contusion de la coiffe des rotateurs (rapport de traitement du 3 juin 2004); or, l'ensemble des autres pièces médicales ne parlait pas du tout d'un problème à l'épaule gauche. L'assuré n'avait quant à lui pas mentionné ce trouble lors des quatre expertises effectuées par le Dr N_____, ni lors de l'expertise chez le Dr GONSETH. Quant aux troubles de la hanche gauche, le Dr N_____ s'était prononcé de manière suffisamment probante sur l'absence de lien de causalité probable entre les troubles et l'accident. Le Dr GONSETH avait, quant à lui, précisé qu'il n'y avait pas de déformation ni de point douloureux à ce niveau. Enfin, s'agissant des troubles psychiques évoqués par l'assuré, l'assureur a relevé que s'il y avait eu un traitement pendant une courte période, il n'y en avait plus depuis longtemps. L'assuré ne s'était d'ailleurs plaint d'aucun trouble de cet ordre depuis un certain temps. De toute manière, le fait de savoir s'il existait un lien de causalité naturelle entre l'affection psychique et un accident pouvait rester indécis lorsque l'existence d'une relation de causalité adéquate doit de toute manière être niée. En l'occurrence, l'accident pouvait être qualifié de gravité moyenne. Il s'ensuivait qu'aucun des sept critères objectifs développés par la jurisprudence n'était satisfait vu que seuls les troubles physiques entraînent en ligne de compte. Or, les seuls troubles du genou droit, même s'ils n'étaient pas négligeables, n'étaient pas suffisants pour retenir un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident.

Ainsi, la conclusion tendant à l'organisation d'une nouvelle expertise médicale devait être rejetée. Aucun médecin n'avait contesté l'analyse du Dr N_____ quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré dans une activité sédentaire. Le Dr GONSETH avait d'ailleurs implicitement admis les conclusions de l'expert.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, l'assureur s'est référé à un avis du 17 décembre 2007 de son médecin-conseil, le Dr François WIDMER, spécialiste en chirurgie orthopédique. Il en résulte que, sur la base en particulier de l'expertise des Drs N_____ (20 novembre 2006) et GONSETH (28 juillet 2006), le Dr WIDMER retenait que l'assuré présentait une gonarthrose interne séquellaire d'une fracture du plateau tibial interne droit. Il y avait également une petite instabilité résiduelle de son compartiment externe, mais qui semblait modérée puisque le genou était parfaitement stable à l'extension. Selon les tables de la SUVA, il retenait une arthrose fémoro-tibiale interne isolée, qu'il qualifiait de moyenne, soit 15%, à laquelle il rajoutait 5% pour une discrète instabilité associée. Il s'agissait de la valeur de l'atteinte actuelle. Si dans le futur, l'arthrose se globalisait, nécessitant

non pas une hémiarthroplastie mais une prothèse totale du genou, l'atteinte évoluera entre 20 et 40% selon le bon ou le mauvais résultat de cette dernière. Selon l'assureur, il convenait de tenir compte des aggravations uniquement si leur survenance est vraisemblable et leur importance quantifiable prévisibles (ATFA du 22 septembre 2000 U 173/00). Or, le taux de 20% retenu correspondait à l'atteinte maximale existant actuellement et laissait ouverte la question de la mesure de l'aggravation future.

S'agissant du taux d'invalidité, l'assureur l'a fixé à 10%. Il a estimé le revenu sans invalidité à 64'430 fr., pour 2007, en se fondant sur les statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires (ESS, poste 55, métiers de l'hôtellerie et de la restauration, soit la moyenne salariale entre le niveau de qualification 1 et 2). Quant au revenu avec invalidité, l'assureur a considéré que la formation achevée par l'assuré lui permettait d'exercer à plein temps une activité de type essentiellement administratif correspondant parfaitement aux critères cités par le Dr N_____. On pouvait admettre un abattement de 10% pour tenir compte des quelques restrictions liées au « handicap » et susceptibles d'influencer le revenu de l'activité lucrative. Vu ce faible taux d'invalidité résultant dans le domaine d'activité professionnelle apprise, il était préférable de se fonder sur ledit taux, sans exiger obligatoirement de l'assuré l'exercice d'une autre activité, quand bien même il engendrerait un taux plus bas, soit 1% (ESS, TA1, niveau de qualification 3) ou 8% (ESS, TA1, niveau de qualification 4), et ce également avec un abattement de 10%.

Vu le taux d'invalidité de 10%, une nouvelle décision portant exclusivement sur le calcul du montant de la rente invalidité devait être prise par la Direction de Lausanne de l'assureur. Le dossier était donc renvoyé à la Direction de Lausanne pour qu'elle statue par voie de décision sur le montant de la rente d'invalidité.

34. Par acte du 7 février 2008, l'assuré interjette recours contre la décision sur opposition (cause A/408/2008). Il conclut, sous suite de frais et de dépens, à son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant à un taux de 40%.

Selon le recourant, les rapports du Dr N_____ ne sont pas suffisamment probants, au motif qu'ils ne couvrent pas toutes les atteintes dont il souffre, qu'ils présentent des signes de partialité et que certaines conclusions ne sont pas motivées. Selon le recourant, l'expert ne motive pas l'absence de lien de causalité entre les douleurs à la hanche et l'accident, il ne donne pas d'explication sur l'origine de la douleur et ne se prononce pas sur l'évolution de l'affection à l'épaule. Il est d'avis que le Dr N_____ a voulu décrédibiliser ses douleurs lorsqu'il lui a fait constater qu'il n'avait pas à croiser les jambes s'il avait mal. Par ailleurs, malgré le rapport du Dr NORDET du 20 mai 2005, une expertise médicale prenant en compte l'ensemble des affections, à savoir la hanche et l'épaule gauches, et les affections psychologiques, n'avait pas été effectuée. Il conservait enfin un

doute certain sur le point de savoir s'il avait été sujet à une erreur médicale. Le recourant est d'avis qu'en l'absence d'une expertise médicale pluridisciplinaire tenant compte de toutes ses affections, la capacité de travail résiduelle n'avait pas été établie à satisfaction de droit. Il considère que l'accident dont il a été victime est grave, car il a nécessité une hospitalisation longue et dans un pays étranger. Même si l'accident devait être qualifié de gravité moyenne, les critères pour la prise en compte d'affections psychiatriques étaient remplis, au regard de la longueur du traitement médical, des lésions subies qui l'avaient interrompu dans son élan et son ambition professionnelle, des douleurs persistantes, du soupçon d'erreur médicale et de l'impact de l'accident sur son permis de séjour. Sans l'accident, le recourant aurait pu finir son stage au bénéfice d'un permis de séjour valable et augmenter ses chances d'obtenir un permis de longue durée en Suisse en tant que personne hautement qualifiée pour la clientèle libanaise. Enfin, les conséquences et l'évolution de la lésion traumatique de l'épaule gauche n'avaient pas été investiguées ni mentionnées dans les expertises. L'instruction devait donc être complétée.

S'agissant de l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité (IPAI), l'assureur se référait à l'avis du Dr WIDMER, lequel avait basé son évaluation sur le diagnostic de gonarthrose interne séquellaire d'une fracture du plateau tibial interne droit. Or, selon le recourant, ce diagnostic n'était que l'aggravation prévisible. L'assureur avait donc fixé l'IPAI sur un diagnostic erroné, soit une gonarthrose, qui ne s'est pas encore produite. En outre, ce résultat ne prenait pas en compte l'anomalie importante constatée dans l'articulation et les douleurs qu'elle provoque. Selon le recourant, le fait que l'âge soit une contre-indication à la poste d'une prothèse est un facteur d'augmentation de l'IPAI puisqu'il sera contraint de supporter ses douleurs plus longtemps.

S'agissant du salaire de valide, le recourant explique qu'il se serait élevé au moins au salaire minimum d'un cadre supérieur dans l'hôtellerie, soit 5'404 fr. x 13 dès le 1^{er} juillet 2005, soit 70'252 fr. par an (catégorie 4a de la CCT). Il prétend qu'après son stage, il aurait pu occuper un emploi de cadre.

S'agissant du salaire avec invalidité, l'assureur avait, dans l'une de ses hypothèses, pris en compte un salaire avec un niveau de qualification 3, soit des connaissances professionnelles spécialisées, alors que l'assureur refusait de prendre en compte de telles connaissances dans le cadre du salaire sans invalidité. Or, le recourant soutient qu'il dispose certes de connaissances spécialisées mais uniquement dans son activité de y_____ d'hôtel, qui nécessite notamment de pouvoir emprunter sans peine des escaliers et de se déplacer rapidement, et non pas en cas de reconversion. En outre, le bon sens commande de retenir les connaissances spécialisées uniquement pour son activité dans la gestion hôtelière dans laquelle il est formé et non pas pour son activité indéterminée de reconversion. Selon lui, le salaire avec invalidité à prendre en compte est celui obtenu dans une activité simple

et répétitive, sous déduction d'un abattement de 15% pour tenir compte du handicap.

35. Dans sa réponse du 17 avril 2008, l'intimée, représentée par Maître Michel BERGMANN, conclut, préalablement, à l'audition de Mme Corinne ARDAINE, et principalement au rejet du recours. L'intimée fait valoir que le recourant réclame une rente entière d'invalidité, alors qu'il s'était toujours contenté d'indemnités journalières basées sur une incapacité de travail de 50% (excepté pendant les quatre mois de convalescence de novembre 2005 à mars 2006). Elle estime que l'état de santé du recourant est fort bien documenté et que ce dernier n'apporte aucun élément permettant de douter du bien-fondé des expertises du Dr N_____. Le rapport du Dr GONSETH et du Dr WYSSA ne contredisent d'ailleurs pas les expertises. Du propre aveu du recourant, il est capable d'exercer à plein temps une activité professionnelle sédentaire. L'intimée conteste les atteintes à l'épaule et à la hanche gauches ainsi que le trouble psychique et leur caractère prétendument invalidant.
36. En date du 14 mai 2008, le Tribunal de céans a entendu les parties. Le recourant explique avoir subi une lésion à l'épaule gauche suite à l'accident. Il s'agissait de contusions. Il avait été traité par physiothérapie, et cela s'était amélioré. Mais actuellement, il présente encore une gêne suivant le mouvement qu'il fait. S'il porte quelque chose ou s'il écarte le bras, il ressent toujours une douleur. Le recourant indique avoir mentionné ce problème, tant au Dr GONSETH qu'au Dr N_____. Il explique qu'il est droitier. Il ajoute que le problème de la hanche gauche est plus gênant. Les douleurs avaient commencé depuis deux ans à peu près. Son physiothérapeute avait remarqué que lorsqu'il marche, il s'appuie davantage sur la hanche gauche. Des examens avaient été effectués en 2007 au Liban, qui avaient révélé une déchirure. En outre, du point de vue psychique, cela n'allait pas du tout. Après l'accident, il avait été sous traitement antidépresseur pendant 6 mois, puis il avait arrêté avec l'accord du psychiatre. Il ne suit plus de traitement et il a également cessé la prise d'antalgiques avec l'accord du médecin. Le recourant conteste avoir une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il avait tenté de le faire. Il avait effectué à Fribourg un emploi à 50% dans un travail administratif. Or, même assis, il avait des douleurs, parfois, presque insupportables. Il avait des douleurs dans le genou et à la hanche. La marche est possible, mais pas sur de longues distances et il a des difficultés à monter ou à descendre les escaliers. Le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour déterminer s'il souffre d'une telle atteinte. Il conclut à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%, correspondant à l'hypothèse de la mise en place d'une prothèse, laquelle est indiscutable en l'occurrence. S'agissant de la comparaison des gains et des salaires, le recourant n'est pas d'accord avec les montants retenus par l'intimée. Il explique avoir obtenu une licence universitaire au Liban en 2001, puis avoir effectué un post-grade en Valais, à l'école hôtelière César Rytz. Il avait acquis un diplôme en hôtellerie internationale, puis avait poursuivi avec un master, reconnu

en Angleterre. Il avait ensuite effectué les stages à Genève et à Fribourg. Il fait valoir que dans l'hôtellerie, l'activité n'est pas essentiellement un travail administratif. Les activités impliquent des déplacements ainsi que de travailler dans tous les départements. Un salaire de cadre dans l'hôtellerie implique une activité de manager, soit dans un secteur opérationnel et non pas derrière un bureau. Enfin, il vivait au Liban et ne travaillait pas en raison des suites de l'accident.

L'intimée a expliqué s'être fondée sur la capacité de travail exigible fixée par le Dr N_____. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été fixé à 20% sur la base de l'atteinte actuelle, tout en réservant une aggravation ultérieure. Le Dr N_____ avait quant à lui retenu un degré de 30% en tenant compte d'une aggravation moyenne prévisible. Enfin, le degré d'invalidité était de 10% eu égard à la profession apprise par le recourant et compte tenu d'un abattement de 10%. Si le salaire avec invalidité avait été fixé sur la base d'une autre activité que celle exercée par le recourant, le degré d'invalidité aurait alors été inférieur à 10%.

Un délai a été accordé au recourant pour produire les pièces médicales relatives à sa hanche.

37. Le 21 mai 2008, l'assuré a interjeté un recours contre les décisions de l'assureur des 21 février et 18 avril 2008, par lesquelles il a fixé le gain déterminant pour le calcul de la rente à 53'000 fr., soit une rente mensuelle de 362 fr. dès le 1^{er} mai 2007 compte tenu d'un degré d'invalidité de 10% (cause A/1789/2008).

Dans le cadre de son opposition, l'assuré a contesté le taux d'invalidité de 10% ainsi que le gain déterminant, faisant valoir qu'il aurait pu réaliser un revenu de 69'225 fr. à l'issue de sa formation. Dans sa décision sur opposition du 17 avril 2008, l'assureur a rejeté l'opposition et expliqué notamment que le gain assuré retenu apparaissait comme étant généreux dans la mesure où il aurait dû s'élever à 52'730 fr. L'assureur renonçait cependant à invoquer une *reformatio in pejus*.

Dans le cadre de son recours, l'assuré conclut à l'annulation de cette décision et à ce que la rente soit calculée sur un degré d'invalidité de 100% pour les motifs invoqués dans la cause pendante n° A/408/2008. Il conclut également à ce que la cause A/1789/2008 soit suspendue tant qu'il n'aura pas été jugé définitivement sur la question du degré d'invalidité. Il se réserve donc la possibilité d'argumenter plus en détail après droit jugé dans la cause A/408/2008, et de revoir ses conclusions.

Dans sa réponse du 20 juin 2008, l'intimée conclut, préalablement, à la jonction des causes, à l'audition de Mme Corine ARDAINE et, principalement, au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse.

38. Par pli du 4 juin 2008, le recourant a sollicité, dans le cadre de la procédure A/408/2008, une expertise orthopédique et psychiatrique. Il produit un rapport du 2 août 2007 du Dr Antoine O_____, selon lequel l'arthro-IRM de la hanche

gauche révèle une petite rupture transverse oblique du bourrelet antérieur et supérieur.

39. Par écriture du 31 juillet 2008, l'intimée persiste dans ses conclusions. Elle explique avoir soumis au Dr N_____ le rapport du Dr O_____. Dans un avis daté du 26 juillet 2008, le Dr N_____ relève que les rapports établis suite à l'accident ne mentionnent pas le problème de la hanche. En outre, lors des expertises des 26 février et 23 décembre 2005, 10 avril et 20 novembre 2006, il n'y avait eu aucune plainte subjective de la part du patient à ce sujet. Le Dr GONSETH n'en parlait pas non plus.

Le Dr N_____ rappelle que lors de l'examen clinique du 20 novembre 2006, la hanche gauche était parfaitement fonctionnelle et non douloureuse. La palpation de la région trochantérienne entraînait par contre des douleurs. Il s'agissait d'une irritation des insertions musculaires, mais sans lien de causalité avec l'accident.

L'expert avait pris connaissance des clichés effectués le 2 août 2007. Son appréciation correspondait à l'interprétation du Dr O_____. Il avait soumis les clichés au Dr Alain KELLER, spécialiste en radiologie du squelette, lequel avait rédigé un rapport le 22 juillet 2008. Ce dernier concluait à une petite fissuration du labrum antérieur et supérieur sans désinsertion significative ni kyste para-labral.

Le Dr N_____ relève que pendant les deux premières années après son accident, l'assuré n'avait émis aucune plainte au niveau de la hanche. Le patient avait alors pu marcher en décharge du membre inférieur droit, avec deux cannes, en n'utilisant que son membre inférieur gauche pour avancer, ce qui représentait une surcharge momentanée jusqu'à la fin de l'utilisation des deux cannes. Une articulation coxo-fémorale surchargée d'une manière ou d'une autre peut entraîner des douleurs qui se manifestent essentiellement dans le pli de l'aîne, c'est-à-dire en avant de l'articulation de la hanche. Ce n'était pas le cas en l'occurrence et il avait toujours constaté une mobilité parfaitement symétrique, facile, physiologique et indolore. C'était seulement lors de l'expertise du 20 novembre 2006 que le patient s'était plaint de douleurs sur la face externe de la hanche. Si le surmenage articulaire et musculaire lors de la marche sur deux cannes avait entraîné cette douleur externe, ces douleurs seraient apparues pendant, ou juste, après la marche avec les deux cannes. Ceci n'avait pas été le cas puisque le patient ne s'en était plaint qu'en novembre 2006. Les clichés du 2 août 2007 révélaient l'existence d'une lésion du bourrelet cotyloïdien gauche. Si cette lésion avait été due aux suites de l'accident, celle-ci se serait manifestée plus tôt, pendant la rééducation, ou juste après, et aurait occasionné des douleurs antérieures à la hanche, dans le pli de l'aîne, ce qui est la localisation classique des douleurs de la hanche lorsqu'il y a une affection intra-articulaire. Il n'y avait donc pas de lésion traumatique en causalité avec l'accident dans l'articulation coxo-fémorale gauche. La petite lésion du bourrelet cotyloïdien gauche n'était pas en rapport de causalité avec l'accident. Si

le bourrelet lésé avait été en lien de causalité avec l'accident, le patient s'en serait plaint beaucoup plus tôt, tant il est vrai qu'une telle lésion traumatique d'un bourrelet est douloureuse, tant subjectivement qu'objectivement au cours de l'examen clinique et très vite après l'accident, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence. De surcroît, une douleur provoquée par une lésion traumatique d'un bourrelet ne fait pas mal sur la partie latérale de la hanche, mais bien dans sa portion antérieure dans la région inguinale, spontanément et lorsqu'on palpe cette région, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. L'expert confirmait par conséquent ses conclusions du 20 novembre 2006, car il ne voyait pas de lien de causalité entre les plaintes au niveau de la hanche gauche telles que le recourant les avait expliquées devant le Tribunal et l'accident du 5 avril 2004. L'expert ne pensait pas que la lésion du bourrelet cotyloïdien soit à l'origine des douleurs ressenties par le recourant. Dans tous les cas, lors de son dernier examen clinique du 20 novembre 2006, il n'avait eu aucune raison de penser que l'articulation de la hanche gauche avait été touchée.

Selon l'intimée, la lésion constatée sur les radiographies du 2 août 2007 n'est pas contestée comme telle. Cela étant, il n'est pas établi qu'elle serait la conséquence de l'accident du 5 avril 2004, ni que cette lésion serait à l'origine des troubles prétendument invalidants allégués par le recourant.

40. Par écriture du 26 août 2008, le recourant persiste dans ses conclusions. Il reproche à l'intimée d'avoir soumis au Dr N_____ les radiographies. Il relève à cet égard qu'une fois le recours interjeté, l'assureur ne peut plus instruire les faits du dossier par le biais d'un expert, comme il l'avait fait en l'occurrence. L'instruction devait être conduite par le Tribunal, de façon contradictoire, dans le respect des droits des parties. Enfin, le fait que l'intimée fasse appel à un expert démontrait bien la nécessité de mettre sur pied une expertise judiciaire.
41. Par télécopie du 6 septembre 2008, l'intimée a indiqué que lors de l'audience de comparution personnelle, le Tribunal de céans lui avait précisément demandé de soumettre les radiographies à son médecin-conseil. Le reproche du recourant était par conséquent mal fondé.
42. Par courrier du 7 avril 2009, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait joindre les causes A/408/2008 et A/1789/2008 et a accordé au recourant un délai au 6 mai 2009 pour lui faire part de ses éventuelles observations.
43. Le recourant ne s'étant pas déterminé dans le délai imparti, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (art. 58 al. 2 LPGA).

En l'occurrence, le dernier domicile du recourant en Suisse était à Genève.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.
3. A teneur de l'art. 70 al. 1 et 2 de la loi cantonale sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune.

En l'espèce, les recours concernent des faits de même nature, portent sur des questions juridiques communes et sont dirigés contre des décisions sur opposition portant sur le degré d'invalidité du recourant. Par conséquent, il se justifie de joindre les causes nos A/408/2008 et A/1789/2008 sous la cause n° A/408/2008 (ATF 128 V 126 consid. 1 et 194 consid. 1).

4. Interjetés dans la forme prescrite et le délai de 30 jours dès la notification des décisions, les recours sont recevables (art. 56 et 60 LPGA).
5. Le litige porte sur le droit du recourant au versement, par l'assureur-accidents, d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Plus particulièrement, il s'agit d'examiner les atteintes à la santé en lien de causalité

avec l'accident, la capacité de travail du recourant suite à ces atteintes, sa perte de gain ainsi que le taux de l'atteinte à son intégrité.

Il convient encore de préciser qu'au vu des conclusions du recourant formulées le 21 mai 2008 contre la décision sur opposition du 18 avril 2008, le recourant ne conteste plus le gain assuré pris en compte pour calculer le montant de la rente, de sorte que cette question n'est plus litigieuse (cf. ATF 122 V 244 consid. 2a, 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a).

6. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel ou non professionnel.
7. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références; ATFA D. du 28 juin 1995).

L'atteinte à la santé doit être également en lien de causalité adéquate avec l'événement assuré. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a; 117 V 365 consid. 5d/bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

8. Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b).

Une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore qu'avec le risque d'aggraver son état, ou n'est pas en mesure de pratiquer une autre activité adaptée à son état de santé. Le taux de l'incapacité de travail s'apprécie au regard de la profession de l'assuré aussi longtemps que l'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il utilise dans un autre secteur sa capacité résiduelle de travail (ATF 115 V 133 consid. 2, 404 consid. 2; ATFA non publié du 29 août 2006, U 264/05, consid. 3).

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références).

9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur 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 également 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 de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss. consid. 3b/ee).

Enfin, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

10. Le recourant fait grief à l'intimée d'avoir fondé son appréciation sur les rapports du Dr N_____ pour retenir que sa capacité de travail est totale dans une activité adaptée. Il fait valoir que son atteinte au genou droit ne lui permet pas une telle capacité de travail. En outre, il reproche à l'intimée de ne pas avoir pris en compte les troubles dont il souffre à la hanche et à l'épaule gauches ainsi que son affection psychique.

Dans ses rapports des 10 avril et 20 novembre 2006, le Dr N_____, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, a posé les diagnostics de status après fracture par enfoncement et petite séparation du plateau tibial interne du genou droit, petit arrachement fracturaire du bord externe du plateau tibial externe et status après ostéosynthèse et arthroscopie. Lors de son examen effectué le 29 mars 2006, il a estimé que dans l'activité exercée habituellement, la capacité de travail était de 50%. Le recourant était en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée, soit assis et ne nécessitant pas d'efforts. Lors de l'examen du 20 octobre

2006, le spécialiste a estimé les mêmes degrés de capacité. Il a précisé que l'activité était adaptée pour autant qu'elle n'implique pas de s'agenouiller, de s'accroupir, d'avoir une position prolongée assise genoux fléchis, ni de longs déplacements ou la montée /descente fréquentes d'escaliers.

S'agissant de la hanche gauche, ce médecin a expliqué dans son rapport du 20 novembre 2006, que le recourant avait des douleurs sur la face externe de la hanche gauche. Il s'agissait soit d'une insertionite, soit d'une périarthrite de la hanche. Il ne voyait pas de lien de causalité entre ces douleurs et l'accident assuré. Suite à l'arthro-IRM effectuée le 2 août 2007 par le Dr O_____, le Dr N_____ a expliqué dans un rapport daté un 26 juillet 2008, que ce cliché confirmait une petite fissuration du labrum antérieur et supérieur sans désinsertion significative ni kyste para-labral. Ces conclusions rejoignent celles du Dr P_____, spécialiste en radiologie du squelette, et du Dr O_____. Cette lésion du bourrelet cotyloïdien gauche n'était cependant pas en rapport de causalité avec l'accident. Si tel avait été le cas, le recourant s'en serait plaint très vite après l'accident. En outre, une douleur provoquée par une lésion traumatique d'un bourrelet ne fait pas mal sur la partie latérale de la hanche, mais dans le pli de l'aîne. Or, les plaintes du recourant en novembre 2006 se situaient au niveau de l'insertion musculaire. Selon le spécialiste, il s'agissait vraisemblablement, mais sans qu'il puisse le prouver, d'une insertionite musculaire du muscle fessier sur le grand trochanter, ce qui n'avait rien à voir avec le bourrelet cotyloïdien. Il a confirmé son avis selon lequel ce trouble n'était pas en lien de causalité avec l'accident, et ce pour les raisons suivantes : pendant les deux années qui ont suivi l'accident, le recourant ne s'était pas plaint de sa hanche gauche. Il avait pu marcher en décharge du membre inférieur droit, avec deux cannes, en utilisant le membre inférieur gauche, ce qui représentait une surcharge momentanée jusqu'à la fin de l'utilisation des deux cannes. Si ce surmenage articulaire et musculaire avait entraîné la douleur externe dont se plaignait le recourant, elle serait apparue pendant ou juste après la marche avec les deux cannes.

Le Tribunal de céans constate que les rapports du Dr N_____ remplissent tous les réquisits de la jurisprudence permettant de leur conférer pleine valeur probante. L'expert a examiné le recourant à quatre reprises et a pris connaissance de l'intégralité du dossier, notamment radiologique. L'expert a procédé à une anamnèse complète, il a pris en compte les plaintes du recourant et a décrit de façon précise les lésions présentées. Il a ensuite examiné et discuté de façon détaillée les lésions, au regard du dossier radiologique et a expliqué notamment pour quelles raisons les plaintes à la hanche gauche ne sont pas en lien de causalité avec l'accident. Enfin, ces conclusions ainsi que celles relatives à la capacité de travail résiduelle sont claires et convaincantes, de surcroît, elles ne sont contredites par aucune pièce du dossier médical, de sorte que le Tribunal ne saurait s'en écarter.

De l'avis du recourant, le Dr N_____ aurait fait preuve de partialité à son égard, au motif qu'il lui a fait remarquer qu'il n'avait pas à croiser les jambes si cette position engendre des douleurs. Le Tribunal de céans ne voit cependant pas en quoi les propos que l'expert a tenus envers le recourant seraient de nature à jeter un doute sur son impartialité, ce d'autant plus que l'expert a précisé que les douleurs étaient en l'occurrence effectivement possibles lors d'une telle position.

Le recourant fait en outre valoir que de l'avis du Dr Q_____, ses douleurs au genou sont expliquées par la réduction de la surface du plateau tibial interne (rapport du 17 juillet 2006). Le Tribunal de céans constate cependant que le Dr N_____ a également considéré que les plaintes étaient expliquées en partie par l'examen clinique et les radiographies (rapports du 20 novembre 2006). En outre, les diagnostics posés par ces deux spécialistes concordent. Enfin, il convient de relever que le Dr Q_____ ne s'est prononcé ni sur les limitations fonctionnelles du recourant, ni sur sa capacité de travail. Le rapport du Dr Q_____ n'est ainsi pas de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr N_____ sur ces points.

Par ailleurs, le recourant reproche à l'intimée de n'avoir pas pris en compte son atteinte à l'épaule gauche.

Le rapport du 3 juin 2004 de la Dresse L_____ et du Dr M_____, médecins auprès des HUG, fait certes état d'une lésion traumatique du sus-épineux gauche. Le physiothérapeute ayant suivi le recourant, Monsieur I_____, a également noté que le problème à traiter était notamment une contusion de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche. Au status final, il n'a cependant fait aucune mention de cette atteinte (rapport du 3 juin 2004). Le Dr Q_____ a en outre procédé à un examen clinique de l'épaule gauche et n'a rien constaté d'anormal (rapport du 28 juillet 2006 p.6). Le Dr N_____ a par ailleurs examiné la radiographie de l'épaule gauche effectuée le 5 avril 2004, laquelle était sans particularité (rapport du 26 février 2006, p.7). On relèvera par ailleurs qu'à l'exception des deux rapports précités établis le 3 juin 2004, aucun rapport médical ne fait état de plaintes à l'épaule gauche. Au demeurant, le recourant n'allègue pas que ces douleurs l'ont conduit à consulter un médecin, ni qu'elles entraînent une incapacité de travail. Ainsi, force est de constater l'absence d'éléments concrets permettant de retenir qu'à la date de la décision litigieuse, soit le 7 janvier 2008, le recourant présentait une rechute ou une séquelle au niveau de l'épaule gauche ouvrant droit à des prestations d'assurance (art. 11 OLAA ; ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; ATFA non publié du 18 novembre 2005, U 80/05).

Enfin, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir pris en compte les troubles psychiques dont il souffre suite à l'accident.

Il résulte certes du rapport établi le 20 mai 2005 par le Dr I_____, chef de clinique auprès du département de psychiatrie des HUG, que les symptômes évoqués par l'assuré étaient alors compatibles avec un trouble de l'adaptation avec modification des émotions (F43.23 réaction dépressive). Selon les explications données par le recourant par devant le Tribunal de céans, il avait été en traitement pendant six mois, puis avait arrêté, avec l'accord du médecin (procès-verbal de comparution personnelle du 14 mai 2008). Il résulte par ailleurs des pièces versées à la procédure que c'est seulement le 5 avril 2007, soit presque trois ans après l'accident, que le recourant s'est plaint de troubles psychiques auprès de l'intimée. De surcroît, rien au dossier ne laisse supposer qu'il souffre de troubles psychiques et que ceux-ci auraient une répercussion sur sa capacité de travail. L'existence d'une incapacité de travail due à des troubles psychiques n'ayant pas été établie, il n'y a dès lors pas lieu d'examiner s'il existe entre l'événement dommageable de caractère accidentel et ces éventuels troubles, un lien de causalité naturelle et adéquate (cf. ATF 115 V 403).

Ainsi, aucun des griefs invoqués par le recourant ne permet de justifier que l'on s'écarte des conclusions bien motivées et convaincantes des expertises effectuées par le Dr N_____. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion du recourant doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Il y a lieu par conséquent de relever que c'est à juste titre que l'intimée a retenu que seules les lésions au genou droit sont en lien de causalité avec l'accident et qu'elles entraînent une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

La décision litigieuse du 7 janvier 2008 n'est donc pas critiquable sur ce point.

11. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident 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 (art. 8 al. 1 LPGGA). 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 LPGGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). La comparaison des revenus doit être effectuée en fonction des circonstances existant lors de l'ouverture du droit à une éventuelle rente (ATF 128 V 174).

Le revenu sans invalidité représente le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide; il permet de calculer le degré d'invalidité selon la méthode générale de la comparaison des revenus et, partant, de déterminer le droit ou non d'un assuré à rente d'invalidité (art. 18 al. 1 et 2 LAA). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF non publié du 7 décembre 2007, U 410/06 ; RAMA 1993 p. 100). 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 de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré, ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage, ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêt B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références, résumé dans REAS 2004 p. 239).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

La déduction de 25 % n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret particulier si et dans quelle mesure le revenu hypothétique doit être réduit. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la

catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret.

La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152).

12. En l'occurrence, pour la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2007, soit l'année de l'ouverture du droit à la rente.

Au moment de l'accident, le recourant effectuait un stage de formation de six mois à Genève. Dès juillet 2005, le recourant a cependant dû quitter la Suisse et rentrer au Liban puisqu'il ne s'est pas vu accorder une autorisation de séjour avec prise d'emploi. Dans ces circonstances, il n'apparaît pas que, sans l'accident, le recourant aurait pu rester en Suisse pour y travailler en situation régulière. S'agissant d'un assuré qui, au moment de l'ouverture du droit à la rente, résidait au Liban, on peut certes se demander s'il ne serait pas opportun de s'appuyer sur les données économiques libanaises. Cela étant, le marché équilibré du travail étant une notion théorique, il suffit, en effet, d'examiner quelle est (ou quelle serait) - sur un marché du travail supposé équilibré - l'activité raisonnablement exigible dans laquelle l'invalidé peut (ou pourrait) mettre à profit sa capacité résiduelle de gain; il importe peu, à cet égard, que l'assuré soit domicilié à l'étranger. En ce qui concerne, par ailleurs, la comparaison des revenus déterminants pour évaluer le degré d'invalidité d'un assuré domicilié à l'étranger, elle doit s'effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 110 V 273).

Il s'ensuit qu'il se justifie de recourir aux données statistiques suisses telles qu'elles ressortent de l'ESS, et ce tant pour le salaire sans invalidité que pour le salaire avec invalidité.

13. a) Au moment de son accident, le recourant exerçait un stage de six mois à Genève pour un salaire mensuel de 2'135 fr. 40. Il avait préalablement effectué une

formation universitaire en gestion hôtelière internationale, tout en travaillant régulièrement au sein de divers hôtels, totalisant six ans d'expérience. Il s'ensuit que, sans accident, le recourant aurait pu obtenir un salaire dans les métiers de l'hôtellerie et de la restauration (poste 55) correspondant aux travaux les plus exigeants et aux tâches les plus difficiles ainsi qu'à un travail indépendant et très qualifié (niveau de qualification 1 et 2) dans le secteur privé, soit 5'028 fr. par mois pour un homme, ou 60'336 fr. par année (ESS 2006, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans l'hôtellerie en 2006 (42,1 heures ; La Vie économique, 1/2-2009, B9.2), et comme le revenu statistique doit être adapté à l'augmentation des salaires nominaux dans ce secteur en 2007 (+ 1,4% ; La Vie économique, 1/2-2009, B10.2), ce montant doit être porté à 64'391 fr. ($60'336 + 1.4\% = 61'180 \times 42.1 : 40$).

Le recourant prétend qu'il aurait pu obtenir, sans accident, au moins un salaire de 5'404 fr. par mois dès le 1^{er} juillet 2005, correspondant au salaire d'un cadre supérieur dans l'hôtellerie (catégorie 4a de la CCT), soit 70'252 fr. par année. Or, il n'apparaît nullement, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sans accident le recourant aurait pu obtenir un tel salaire après son stage. Il résulte en effet des pièces versées au dossier que le salaire de 5'404 fr. par mois correspond à celui d'un cadre supérieur, qualification que le recourant n'avait pas, ce au vu de son parcours professionnel et de sa formation (note au dossier du 17 janvier 2006, courrier de l'employeur du 13 juillet 2006, note au dossier du 29 mai 2007). De surcroît, il n'est nullement établi que les salaires indiqués dans la CCT auraient pu s'appliquer sans autre au recourant dès lors que la question de la reconnaissance des diplômes qu'il a obtenus se serait posée, étant donné notamment que la formation dispensée par l'Institut Z_____ n'est pas reconnue au niveau fédéral.

b) Selon les conclusions du Dr N_____, le recourant peut exercer une activité à plein temps dans un travail adapté, c'est-à-dire essentiellement sédentaire, avec possibilité de changer de position pour soulager le genou, ne nécessitant pas de devoir s'agenouiller, ni s'accroupir, évitant les positions prolongées assis genoux fléchis, les longs déplacements ou les montées/descentes fréquentes d'escaliers (rapports des 10 avril et 20 novembre 2006). Le Dr N_____ a en outre expliqué que les fonctions exercées par le recourant auprès de son employeur dans les ressources humaines (planification du travail du personnel de l'hôtel, la planification des vacances) ou en matière de comptabilité correspondent d'ailleurs à une activité adaptée à ses troubles somatiques (rapports des 26 février et 21 mai 2005).

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que le salaire avec invalidité auquel peut prétendre le recourant correspond au salaire sans invalidité de 64'391 fr., auquel il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction. L'intimée a retenu à cet égard un abattement de 10% en

raison du « handicap » du recourant. Le Tribunal de céans est cependant d'avis que compte tenu de la nationalité étrangère du recourant et de la nécessité qu'il a de ne pas s'agenouiller, ni s'accroupir, d'éviter les positions prolongées assis genoux fléchis, les longs déplacements ou les montées/descentes fréquentes d'escaliers, une réduction de 15% se justifie (pour comparaison, voir ATFA non publié du 30 novembre 2001, cause I 422/01).

Il s'ensuit que le recourant présente un degré d'invalidité de 15% en 2007.

Les décisions litigieuses des 7 janvier et 18 avril 2008, qui retiennent un degré d'invalidité de 10%, doivent être annulées sur ce point.

14. Il reste à examiner si l'évaluation du taux de l'atteinte à l'intégrité a été correctement effectuée par l'intimée.

Si, par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA, RS 832.202), édicté conformément à cette délégation de compétence, 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 ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci 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 en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients

spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01).

L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (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 (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). A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a; ATFA non publié du 28 novembre 2003, U 11/03). Elles permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b p. 221; RAMA 2004 no U 514 p. 415, U 134/03 consid. 5.2; Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 417; Ulrich MEYER-BLASER, Sozialversicherungsrecht und Medizin, in: Das ärztliche Gutachten, 4e éd., Berne 2003, p. 30).

15. En l'occurrence, l'intimée a alloué au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 20% en se fondant sur les conclusions de son médecin-conseil, le Dr S_____.

Dans son rapport du 17 décembre 2007, ce dernier a retenu que le recourant présente une gonarthrose interne séquellaire d'une fracture du plateau tibial interne droit ainsi qu'une petite instabilité résiduelle de son compartiment externe, mais qui semble modérée. Il a évalué à 20% le taux de cette atteinte, soit 15% pour l'arthrose fémoro-tibiale interne isolée, qu'il qualifiait de moyenne, et 5% pour la discrète instabilité associée.

Le taux retenu par le Dr S_____ ne saurait cependant être confirmé par le Tribunal de céans. Ce médecin a en effet considéré que le recourant présente déjà une gonarthrose, alors que selon le Dr Q_____, la gonarthrose constitue l'évolution prévisible de l'atteinte actuelle (rapport du 28 juillet 2006), et que les radiographies effectuées à la demande du Dr N_____ n'ont pas révélé de signes d'arthrose (rapport du 10 avril 2006).

Pour ces motifs, l'appréciation du Dr S _____ doit être écartée.

Le Tribunal de céans constate, à la teneur des rapports versés au dossier, que la survenance ultérieure d'une aggravation de l'atteinte à la santé doit être considérée comme établie (rapports du Dr N _____ des 26 février 2005, 20 novembre 2006 ; rapport du Dr Q _____ du 28 juillet 2006). En outre, contrairement à ce que prétend l'intimée, cette aggravation est en l'occurrence quantifiable, puisque de l'avis du Dr N _____, dans le cas du recourant, on peut compter sur une atteinte à l'intégrité de l'ordre de 30% lorsqu'une éventuelle prothèse sera posée (rapport du 20 novembre 2006).

Le recourant fait valoir que le taux de l'atteinte à l'intégrité doit prendre en compte le fait qu'au vu de son jeune âge, il sera contraint de supporter les douleurs plus longtemps avant de pouvoir bénéficier de la pose d'une prothèse. Le recourant oublie cependant que le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01).

Compte tenu de ce qui précède, il se justifie de fixer le taux de l'atteinte à l'intégrité à 30 %.

Dans la mesure où la décision litigieuse 7 janvier 2008 retient un taux de 20%, elle sera également annulée sur ce point.

16. Les recours seront par conséquent admis partiellement et les décisions litigieuses seront annulées en tant qu'elles retiennent un degré d'invalidité de 10% et une atteinte à l'intégrité de 20%. La cause sera renvoyée à l'intimée pour nouveau calcul du montant de la rente et de l'indemnité à l'atteinte à l'intégrité. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, l'intimée sera condamnée à lui verser une indemnité de 4'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 89H al. 3 LPA).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

Préalablement :

1. Prononce la jonction des causes A/408/2008 et A/1789/2008 sous le numéro de cause A/408/2008.

A la forme :

2. Déclare les recours recevables.

Au fond :

3. Les admet partiellement.
4. Annule la décision sur opposition du 7 janvier 2008 de l'intimée en tant qu'elle fixe le degré d'invalidité à 10% et le taux de l'atteinte à l'intégrité à 20%.
5. Annule la décision sur opposition du 18 avril 2008 en tant qu'elle se fonde sur un degré d'invalidité de 10%.
6. Dit que le recourant a droit à une rente calculée sur la base d'un degré d'invalidité de 15%.
7. Dit que le recourant a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant à un taux de 30%.
8. Renvoie les causes à l'intimée pour nouveau calcul du montant de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
9. Confirment les décisions des 7 janvier 2008 et 18 avril 2008 pour le surplus.
10. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 4'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens
11. Dit que la procédure est gratuite.
12. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit

public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le