

EN FAIT

1. Madame C _____ (ci-après : l'assurée), née en 1966 est employée à l'Etat de Genève comme greffière-juriste de juridiction depuis le 1^{er} décembre 2002 et assurée à ce titre auprès de la Nationale suisse assurances, selon la Loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).
2. Le 27 octobre 2008, l'assurée a ressenti une vive douleur au genou droit suite à un mouvement de torsion sur son lieu de travail.
3. Une échographie du genou droit du 27 octobre 2008, effectuée par le Dr L _____, a conclu à une souffrance méniscale interne du genou droit au détriment de l'attache tibiale, de la corne antérieure du ménisque interne, marquée par une petite désinsertion et une tuméfaction de voisinage. Pas d'épanchement articulaire associé.
4. Le 10 novembre 2008, l'employeur a rempli la déclaration d'accident bagatelle LAA. Il a indiqué sous la rubrique "description de l'accident" que « lors du chargement du bac à papier de la photocopieuse du service, alors que je me trouvais en flexion, je me suis tournée vers une personne qui m'a interpellée. Vive douleur au genou. ».

La blessure était une déchirure du ménisque soignée par le Dr M _____ de la clinique des Grangettes.

5. Le 12 novembre 2008, une IRM du genou droit a été pratiquée par le Dr N _____, lequel a conclu à une confirmation d'une lésion horizontale de la corne postérieure du ménisque interne, de grade III, associée à un discret épanchement articulaire.
6. Le 20 novembre 2008, l'assurée a rempli un questionnaire de l'assurance. Elle a décrit l'événement comme suit : « Je me trouvais sur les lieux de mon travail. Je faisais des photocopies, plus précisément je remplissais le bac d'un nouveau stock de papier vierge. Je me trouvais en flexion, soit les genoux fléchis, lorsque, interpellée par une personne qui se trouvait derrière moi, je me suis tournée vers elle. À ce moment-là, j'ai ressenti une vive douleur au niveau du genou droit. ». Elle a précisé qu'elle n'avait jamais souffert avant de ce genou.
7. Un rapport de consultation établi le 27 novembre 2008 par le Dr M _____ mentionne une lésion de petite taille, située sur la corne antérieure du ménisque vue à l'ultrason sans épanchement intra-articulaire. Dans l'anamnèse actuelle, il mentionne « patiente en bonne santé habituelle, connue pour des douleurs occasionnelles de la face antérieure du genou, faisant suite à l'équitation, faisant à midi au travail, un faux mouvement. Depuis, elle présente des douleurs

difficilement descriptibles au niveau du genou droit, avec une sensation de blocage occasionnel.».

8. Le 12 décembre 2008, le Dr M_____ a indiqué à l'assurance qu'il s'agissait d'une fracture du ménisque du genou droit.
9. Le 23 janvier 2009, l'assurée a informé l'assurance d'une intervention prévue sur le genou droit le 10 février 2009 à la clinique des Grangettes.
10. L'assurance a délivré une garantie d'hospitalisation le 28 janvier 2009; « sous toute réserve du rapport opératoire et de droit quant à la couverture effective du cas. ».
11. Une note interne de l'assurance a indiqué que le Dr O_____, médecin-conseil, avait vu le dossier le 28 janvier 2009 et que si la lésion attestée à l'IRM était vue lors de l'intervention du 10 février 2009, la prise en charge était justifiée. Elle mentionne aussi une chondropathie.
12. Le 10 février 2009, l'assurée a subi une intervention, soit une arthroscopie et résection plica synoviale du genou droit, pratiquée à la clinique des Grangettes par le Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.
13. Le protocole opératoire du 17 février 2009 mentionne la présence d'une plica synoviale de petite taille, légèrement inflammatoire sans lésion cartilagineuse associée, une absence de lésion méniscale et une chondropathie de stade II du plateau tibial.
14. Une note interne de l'assurance a relevé que selon le Dr O_____ qui avait vu le dossier le 18 mars 2009, il n'y avait pas de lésion au ménisque selon le rapport opératoire de sorte qu'il fallait refuser les prestations.
15. Par courrier du 24 mars 2009 intitulé "droit d'être entendu" l'assurance a informé l'assurée que faute d'une cause extérieure extraordinaire, l'existence d'un accident devait être niée.
16. Le 28 mars 2009, l'assurée a répondu à l'assurance que la déchirure du ménisque avait été provoquée par le seul mouvement brusque et qu'elle entrerait de toute façon dans la liste des lésions assimilées à un accident (art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA, RS 832.202).
17. Par décision du 1^{er} avril 2009, l'assurance a nié l'existence d'un accident, faute de cause extérieure extraordinaire et celle d'une lésion méniscale en se référant au rapport opératoire.
18. Le 20 avril 2009, le Dr P_____ a écrit à l'assurée qu'il était étonné du refus de prise en charge de l'assurance, que la douleur était en effet apparue clairement à la

suite du mouvement d'entorse du genou, que les examens cliniques et l'IRM du 12 novembre 2008 faisaient suspecter une lésion de la corne postérieure du ménisque interne, que le fait que la lésion n'avait pu être visualisée à l'arthroscopie ne modifiait pas l'origine accidentelle de la symptomatologie dès lors que la lésion aurait pu cicatriser ou être intra-méniscale, qu'une déchirure méniscale traumatique intra-méniscale était possible.

19. Le 29 avril 2009, l'assurée, représentée par la CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a fait opposition à cette décision en concluant à son annulation et à la reconnaissance de son droit aux prestations LAA en relation avec l'événement du 27 octobre 2008. Elle a fait valoir que l'existence d'une cause extérieure ne faisait aucun doute dès lors qu'elle avait subi une entorse du genou, que l'IRM du 12 novembre 2008 avait confirmé la présence d'une lésion méniscale et que selon le Dr P_____, le fait que cette lésion n'ait pas été visualisée à l'arthroscopie n'excluait pas son existence car elle avait pu cicatriser ou être intra-méniscale.
20. Une note interne de l'assurance a relevé que selon le Dr O_____, qui avait vu le dossier le 12 mai 2009, en particulier l'avis du Dr. P_____ du 20 avril 2009, il n'était pas possible que la lésion ait pu cicatriser.
21. Par décision du 24 août 2009, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée en relevant qu'aucun facteur extérieur, tel qu'un coup, un heurt ou une chute, n'avait marqué le mouvement effectué par l'assurée, de sorte que l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire devait être niée, que l'arthroscopie devait être considérée comme un examen précis et probant par rapport aux autres examens effectués (IRM, échographie et ultrason), que sur la base de cet examen le médecin-conseil de l'assurance était arrivé à la conclusion que l'assurée n'avait subi aucune lésion, qu'en conséquence l'existence d'une déchirure du ménisque au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA ne pouvait pas non plus être admise.
22. Le 23 septembre 2009, l'assurée, représentée par la CAP, a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision sur opposition du 24 août 2009 en concluant à son annulation, à la reconnaissance de son droit aux prestations LAA et, préalablement, à l'audition du Dr P_____.

Elle fait valoir qu'il n'est pas contesté qu'un accident au sens de l'art. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) n'a pas eu lieu, faute de facteur extérieur extraordinaire, qu'en revanche, il existe bien une cause extérieure au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral, laquelle conférait, selon l'art. 9 al. 2 OLAA, un caractère accidentel à la déchirure du ménisque, qu'enfin, la lésion méniscale était avérée par les rapports du Dr P_____, l'échographie du Dr L_____, le Dr M_____ et l'IRM, que le seul fait que l'arthroscopie n'avait pas confirmé ce diagnostic n'était pas

pertinent dès lors que, selon Dr P_____, cela s'expliquait par une possible cicatrisation de la déchirure ou une lésion intra-méniscale, invisible à l'inspection arthroscopique.

À l'appui de son recours, l'assurée a produit un avis médical du 16 septembre 2009 du Dr P_____ selon lequel il avait reçu la patiente le 5 novembre 2008, laquelle s'était plainte de douleurs au niveau de la face interne du genou droit à la suite d'un mouvement de déflexion/rotation en se levant de la position accroupie; à l'arthroscopie, il n'avait pas constaté de lésion traumatique au niveau du genou droit, en particulier la lésion décrite à l'IRM n'avait pas pu être mise en évidence. Il s'agissait probablement plutôt d'une lésion de grade II, intra-méniscale donc non visible à l'arthroscopie. Ce mouvement était compatible avec une telle lésion. On ne pouvait déterminer si la lésion décrite à l'IRM était d'origine traumatique ou dégénérative mais il n'y avait pas de raison d'associer les symptômes à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs.

23. Le 27 octobre 2009, l'assurance a conclu au rejet du recours en relevant que la recourante avait simplement pivoté sur ses genoux fléchis sans mouvement brusque ou soudain, ni redressement rapide de sorte qu'une cause extérieure devait être niée, qu'en toute hypothèse le Dr P_____ lui-même n'avait pas mis en évidence de lésion traumatique et qu'il admettait qu'on ne pouvait déterminer si l'origine de la lésion vue à l'IRM était traumatique ou dégénérative, qu'enfin l'audition de ce médecin n'était pas nécessaire.
24. Le 18 janvier 2010, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquête au cours de laquelle le Dr P_____ a été entendu.

Celui-ci a déclaré qu'il n'avait pas retrouvé lors de l'arthroscopie la lésion vue à l'IRM mais que celle-ci avait pu cicatriser en l'espace de 3 mois ou être intraméniscale (grade II). En revanche, il avait réséqué une plica synoviale (replis de la peau) laquelle pourrait éventuellement expliquer les douleurs ainsi que constaté une fissure du cartilage (chondropathie stade 2 du plateau tibial) mais qui ne pouvait expliquer les douleurs. Il ne pouvait confirmer ou infirmer l'existence d'une lésion du ménisque. L'IRM prouvait qu'il y avait probablement eu une dégénération mucoïde ou une lésion traumatique. La douleur avait en l'espèce clairement débuté avec le mouvement de déflexion-rotation, ce qui l'amenait à dire que la lésion était d'origine traumatique ; il n'avait pas d'argument pour dire qu'elle était dégénérative ou qu'elle proviendrait d'une autre cause que l'accident. L'échographie qui n'était pas cohérente avec les résultats de l'IRM était un examen moins précis que ce dernier. L'hypothèse la plus probable était celle d'une lésion intra-méniscale ou les effets de la plica synoviale. Il y avait un lien entre la symptomatologie et le redressement avec torsion, faute d'autres explications notamment l'existence d'une cause dégénérative.

La recourante a déclaré qu'elle ne comprenait pas l'anamnèse figurant dans le rapport du Dr M_____ du 27 novembre 2008 car elle ne s'était jamais blessée au genou droit et n'avait vu ce médecin que le jour de son accident.

25. A la demande du Tribunal de céans, le Dr M_____ a précisé le 27 janvier 2010 qu'il avait vu en urgence l'assurée le 27 octobre 2008, qu'elle n'avait pas consulté antérieurement le service pour des douleurs au genou droit, qu'elle avait mentionnée des douleurs occasionnelles après des sessions d'équitation qu'il avait attribuées à des douleurs musculaires et qui étaient décrites de façon totalement différentes de celles motivant la consultation du 27 octobre 2008.
26. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 (LPGA) entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
4. Est litigieuse la question de savoir si l'événement du 27 octobre 2008, peut être considéré comme ayant entraîné une lésion à charge de l'intimée.

a) Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Cette définition de l'accident étant semblable à celle figurant avant l'entrée en vigueur de la LPGA à l'art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), il convient d'admettre que la jurisprudence rendue sous l'ancien droit reste pertinente.

Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 233 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a ainsi que les références). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA du 15 octobre 2004, cause U 9/04). Au demeurant, pour être soudaine, l'atteinte doit être unique et non consister en des troubles à répétition, par exemple des microtraumatismes quotidiens qui finissent par entraîner une atteinte à la santé nécessitant un traitement (cf. ATF 116 V 148, consid. 2c).

b) En outre, aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire :

- a. les fractures, dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie;
- b. les déboîtements d'articulations;
- c. les déchirures du ménisque;
- d. les déchirures de muscles
- e. les froissements de muscles;
- f. les déchirures de tendons;
- g. les lésions de ligaments;
- h. les lésions du tympan.

Cette liste des lésions assimilées à un accident est exhaustive (ATF 116 V 140 consid. 4a, 147 consid. 2b, et les références). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 44 sv. consid. 2b, 116 V 147 sv. consid. 6c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 no U 435 p. 332, 1988 no U 57 p. 373 consid. 4b).

Dans un arrêt publié aux ATF 129 V 466, le TFA a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésions corporelles assimilées à un accident. Confirmant sa jurisprudence publiée aux ATF 123 V 43 et dans RAMA 2001 U 435 p. 332, il

rappelle qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées. Il souligne qu'en cette matière, l'existence d'une cause extérieure - soit un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance - revêt une portée particulière en ce sens qu'à défaut, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs dont la prise en charge incombe à l'assurance-maladie (ATF 129 V 468 consid. 4, 123 V 44 sv. consid. 2b, 116 V 147 consid. 2c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 U no 435 p. 332, 1988 U no 57 p. 373 consid. 4b).

Aussi convient-il de nier l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant des symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. L'apparition de douleurs en tant que telle ne constitue pas une cause extérieure au sens de la jurisprudence. En d'autres termes, l'on ne saurait considérer la condition posée à l'existence d'un facteur dommageable extérieur comme réalisée du seul fait qu'à un moment précis, l'assuré a éprouvé des douleurs pour la première fois. L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas non plus donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après qu'il a accompli un geste de la vie courante. La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas lorsque l'exercice de l'activité à la suite de laquelle l'assuré a éprouvé des douleurs incite à une prise de risque accrue, à l'instar de la pratique de nombreux sports. L'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru doit être admise lorsque le geste quotidien en cause équivaut à une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique. C'est la raison pour laquelle les douleurs identifiées comme étant les symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA ne sont pas prises en considération lorsqu'elles surviennent à la suite de gestes quotidiens accomplis sans qu'interfère un phénomène extérieur reconnaissable. Celui qui éprouve des douleurs identifiées comme étant les symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc., ne saurait dès lors se prévaloir d'une lésion corporelle assimilée à un accident. A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 470 consid. 4.2.2). Par contre, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur est donnée en cas de changements de position du corps qui

sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles, selon les constatations de la médecine des accidents. D'après la jurisprudence développée jusqu'à ce jour, tel est notamment le cas du brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, du fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou encore du fait de changer de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 471 consid. 4.3 ; ATFA du 23 décembre 2003, cause U 180/03).

La jurisprudence a encore précisé que lorsque la lésion d'un organe ne peut pas être attribuée à une cause extérieure concrète, mais qu'elle est due à la répétition, durant la vie quotidienne, de microtraumatismes qui provoquent l'usure de l'organe et finalement la lésion de celui-ci, cette dernière doit être considérée comme l'effet d'une maladie et non d'un accident. Ainsi, le diagnostic de déchirure du ménisque ne permet pas, à lui seul, d'admettre la soudaineté de l'atteinte, dans la mesure où la charge quotidienne supportée par l'articulation du genou et les microtraumatismes qui en résultent peuvent conduire à la formation d'une déchirure (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 198/00 du 30 août 2001, consid. 2b; arrêt non publié B. du 28 novembre 1996 [U 63/96]).

c) Dans l'arrêt précité (U 180/03), le TFA a considéré que le fait pour un apprenti de se luxer l'épaule en levant le bras en même temps qu'il se retournait en direction d'un camarade de classe assis derrière lui ne correspondait à aucun traumatisme de l'épaule et que le mouvement n'avait pas été soudain, involontaire ou d'une certaine gravité. Au contraire, il s'était déroulé normalement, sans que le membre supérieur gauche ne soit sollicité de manière particulière et sans qu'aucun phénomène extérieur n'interfère. Les circonstances dans lesquelles l'assuré s'était luxé l'épaule gauche ne révélaient pas qu'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et d'une certaine importance, se soit produit. Faute de cause dommageable extérieure, il n'y avait pas lieu d'admettre que l'assuré ait été victime d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de la jurisprudence et des dispositions légales précitées.

De même, le TFA a-t-il estimé que le facteur extérieur fait défaut, lorsqu'un assuré se rompt un tendon de l'épaule en soulevant simplement une lourde poêle dans la cuisine. Il indique que cette activité s'inscrit dans le cadre des activités habituelles de l'assuré lequel est aide de cuisine. Il en irait autrement si l'assuré avait glissé en soulevant la poêle, ce qui aurait pu lui causer la blessure à l'épaule (ATFA du 6 octobre 2006, U 205/06).

En revanche, dans un arrêt du 22 mai 2006 (cause U 220/05 consid. 4.2), le TFA a-t-il admis l'existence d'un facteur dommageable extérieur dans le cas d'une assistante à domicile qui, dans le but de retenir une patiente, a exécuté un mouvement brusque avec les bras aux fins d'entourer sa patiente, alors même que

celle-ci ne lui était pas tombée dessus et que l'assistante n'avait donc pas retenu son poids.

d) Dans un arrêt du 23 janvier 2006 (ATAS/45/06), le Tribunal de céans a admis l'existence d'un facteur extérieur dommageable dans le cas d'un assuré qui, jouant au tennis, avait effectué un mouvement de torsion brutal avec appui sur le pied gauche, ayant pour conséquence une déchirure du tendon d'Achille. Dans un arrêt du 3 avril 2006 (ATAS/315/2006), il a admis l'existence d'un tel facteur dans le cas d'un assuré qui avait fait un faux pas dans un escalier ce qui avait entraîné une lésion du ménisque. Dans un arrêt du 11 décembre 2006 (ATAS/1144/2006), confirmé par le TFA le 2 mai 2007 (U/45/07), il a également admis un tel facteur dans le cas d'un assuré technicien, qui était occupé dans la position accroupie, à vérifier un véhicule et qui, interpellé par une employée s'est redressé d'un bond en se tournant, ce qui avait entraîné une déchirure du ménisque.

5. a) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administration ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^e éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires à la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

b) Par ailleurs, en présence de deux versions différentes au sujet des circonstances d'un accident, il convient de donner la préférence à celle que l'assuré a donnée en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références, VSI 2000 p. 201 consid. 2d).

6. a) En l'espèce, il est admis par les parties que la recourante n'a pas été victime d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

Se pose en revanche la question de l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, en particulier une déchirure du ménisque au sens de l'art. 9 al. 2 let c) OLAA.

b) L'intimée conteste l'existence même d'une telle déchirure en se fondant sur les résultats de l'arthroscopie du 10 février 2009 et les déclarations en audience du Dr P_____.

A cet égard, il ressort des déclarations de ce médecin que suite à l'événement du 27 octobre 2008, il a constaté à l'examen clinique une enflure modérée à répétition et relevé que la patiente se plaignait de sensations d'accrochage et de douleurs, que l'arthroscopie n'avait permis de constater que la présence d'une plica synoviale, que cet examen ne permettait toutefois pas de voir au-delà de la surface du ménisque, que l'IRM - qui était un examen plus précis que l'échographie - avait prouvé l'existence d'une lésion, soit une dégénération mucoïde, soit une lésion traumatique, que cette dernière était la plus probable dès lors qu'une lésion intra-méniscale ne pouvait être observée à l'arthroscopie, que la douleur était survenue à la suite de l'événement et que l'existence d'une cause dégénérative n'était pas explicable.

S'agissant d'éventuelles douleurs au genou droit identiques à celles liées à l'événement du 27 octobre 2008 et antérieures à celui-là, elles peuvent être exclues suite aux précisions données par le Dr M_____ au Tribunal de céans le 27 janvier 2010.

Quant au médecin-conseil de l'intimée, il s'est borné à constater le 18 mars 2009 que faute de lésion constatée à l'arthroscopie, toute prestation devait être refusée, sans se prononcer sur la probabilité, au vu de l'IRM, d'une lésions intra-méniscale non visible à l'arthroscopie.

c) Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence en l'espèce d'une lésion intra-méniscale, soit une déchirure du ménisque de stade II, qui n'est pas arrivée à la surface du ménisque et qui, de ce fait, n'était pas visible lors de l'arthroscopie du 10 février 2009.

7. L'existence d'une déchirure du ménisque au sens de l'art. 9 al. 2 let. c OLAA ayant été admise au degré de la vraisemblance prépondérante, il convient encore d'examiner si elle a été causée ou non par l'existence d'un facteur extérieur, au sens de la jurisprudence précitée.

A cet égard, le Tribunal fédéral a considéré que tel était bien le cas dans une cause similaire à la présente espèce, soit un assuré qui a effectué un redressement brusque du corps à partir de la position accroupie (cf consid. 4 b supra). Dans le même sens, le Tribunal de céans a jugé que tel était le cas d'un technicien occupé à vérifier un véhicule en position accroupie et qui, interpellé, s'était redressé d'un bond en se tournant (ATAS/114/2006 et ATF U/45/07). En conséquence, il convient d'admettre en l'espèce que le redressement de l'assurée avec torsion du corps depuis la position accroupie, après avoir été interpellée par une personne se

trouvant derrière elle, correspond aux mouvements décrits ci-dessus et doit être admis comme facteur dommageable extérieur.

Partant, la lésion intra-méniscale doit être considérée comme une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let c) OLAA et son traitement reconnu à charge de l'intimée.

8. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision litigieuse annulée et ils sera dit que l'intimée doit prendre en charge au sens de la LAA les frais de la recourante en lien avec l'événement du 27 octobre 2008.

Une indemnité de 1'500 fr. sera mise à la charge de l'intimée, en faveur de la recourante.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 24 août 2009.
4. Condamne l'intimée à prendre en charge selon la LAA les frais de la recourante liés à l'événement du 27 octobre 2008.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr.
6. 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 ; RS 173.110); 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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