RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/370/2020 **ATAS/677/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 juin 2021

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Romolo MOLO — demanderesse

contre

CAISSE DE PRÉVOYANCE DE L'ÉTAT DE GENÈVE, sise boulevard Saint-Georges 38, GENÈVE — défenderesse

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), née le _____ 1963, était, selon un certificat d'assurance au 28 février 2002, affiliée auprès de la caisse de prévoyance du personnel des établissements publics médicaux du Canton de Genève (ci-après : CEH) pour un taux moyen d'activité de 50% depuis le 1er février 2002.

2. Dans un certificat d'assurance au 28 février 2017, la caisse de prévoyance de l'État de Genève (ci-après : la CPEG ou la défenderesse), institution née − le 1er janvier 2014 − de la fusion des anciennes CEH et CIA (caisse de prévoyance du personnel enseignant de l'instruction publique et des fonctionnaires de l'administration du canton de Genève), a mentionné que l'employeur était les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). La date d'affiliation et la date d'origine des droits remontait au 1er février 2002, respectivement au 1er avril 1996. Le taux moyen d'activité était de 50% et la pension d'invalidité s'élevait à CHF 1'524.80.

3. L'extrait du compte individuel de l'assurée du 15 mars 2017 enregistre des revenus soumis à cotisations liés à des activités auprès du B_____ de septembre à octobre 1982, et de juillet 1985 à mars 1990, auprès de l'État de Genève de janvier 1996 à décembre 1998, auprès de l'Université de Genève de janvier 1999 à janvier 2002, et auprès des HUG d'août 2001 à décembre 2015.

4. Par décision du 21 novembre 2018, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er septembre 2017, après avoir indiqué que son service médical régional (ci-après : SMR) lui reconnaissait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 1989, début du délai d'attente d'un an, mais que la rente ne lui serait versée qu'à compter du mois de septembre 2017 en raison de la demande de prestations déposée tardivement le 7 mars 2017.

   Dans son avis du 7 mars 2018, le SMR avait retenu que l'assurée, célibataire, sans enfant, qui travaillait en qualité de commise administrative à 50% depuis 1996, était, pour anorexie mentale, en incapacité de travail à 50% depuis le 17 mai 1989 et à 100% depuis le 25 avril 2017, date à compter de laquelle son état s'était aggravé.

   Le SMR se référait entre autres à un rapport du 16 mars 2017 de la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne, dans lequel cette dernière expliquait qu'avant la survenance de l'anorexie en 1989, sa patiente avait exercé la profession de secrétaire comptable à plein temps pendant trois ans. Celle-ci espérait que son problème de santé serait transitoire, mais elle n'avait jamais retrouvé assez de force pour assumer un nouvel emploi à 100%. Elle s'était « auto-administré » un arrêt de travail à 50% pour pouvoir supporter un travail à 50%. Ses parents avaient pris soin d'elle en l'aidant notamment matériellement depuis 1989, mais compte tenu de leur âge avancé et de leurs moyens économiques faibles, la médecin avait proposé à sa patiente de déposer une demande de prestations pour l'obtention d'une

rente d'invalidité. Il lui semblait hautement improbable que celle-ci puisse un jour augmenter sa capacité de travail et s'assumer financièrement seule.

5. Par courrier du 13 août 2019, la CPEG a informé l'assurée qu'elle ne lui verserait aucune prestation d'invalidité, motif pris que son incapacité de travail totale à l'origine de son invalidité était survenue le 17 mai 1989 au moment où elle n'était pas encore affiliée auprès d'elle. L'affiliation, qui avait débuté le 1er août 1996, avait cessé au 31 mai 2019.

6. Par pli du 21 août 2019, l'assurée a contesté la position de la CPEG, en faisant valoir qu'elle n'avait pas interrompu son travail pour raison médicale avant avril 2017, de sorte que son incapacité de travail ne remontait pas à 1989. Préalablement à son engagement au service des HUG, lors de la visite médicale obligatoire, le médecin-conseil de cet établissement avait attesté qu'elle était en bonne santé.

   À l'appui de ses dires, elle a joint le rapport du 22 août 2019 de la Dresse C_____ selon laquelle l'arrêt de travail effectif datait d'avril 2017. Sa patiente avait été déclarée apte à travailler sans aucune réserve médicale, bien que la maladie fût présente depuis 1985 (recte : 1989). Jusqu'en 2017, l'anorexie était compensée et permettait une activité professionnelle sans restriction médicale. L'OAI avait du reste reconnu un droit aux prestations dès 2017 seulement.

7. Par envoi du 23 août 2019, la CPEG a répondu à l'assurée qu'elle ne pouvait revoir sa position, à moins que l'OAI reconnaisse une autre date d'incapacité de travail à l'origine de son invalidité.

8. Par lettre du 6 novembre 2019, l'assurée, sous la plume de son conseil, a soutenu avoir droit à une rente d'invalidité de la CPEG, puisqu'au moment de son affiliation à la CEH, le droit à cette prestation, selon l'art. 27 al. 2 des statuts de celle-ci (édition janvier 2001), n'était pas subordonné à la clause d'assurance, laquelle ne pouvait être appliquée rétroactivement.

9. Par courrier du 18 décembre 2019, la CPEG a maintenu son point de vue, en arguant que l'art. 43 al. 1 des statuts de la CEH (édition de mars 1996), en vigueur au moment de l'affiliation de l'assurée dès le 1er août 1996, conditionnait l'octroi de prestations d'invalidité à la survenance de l'incapacité de travail durant les rapports de prévoyance. La clause d'assurance existait donc déjà sous les statuts de la CEH, comme l'avait constaté le juge des assurances sociales dans un arrêt du 21 septembre 2016 (ATAS/755/2016).

   La CPEG a relevé qu'elle ne s'était pas opposée à la décision de l'OAI, de sorte qu'elle était liée par l'appréciation médicale effectuée par cette autorité s'agissant du début de l'incapacité de travail déterminante, fixée en 1989. Or, à cette période, l'assurée n'était pas affiliée auprès d'elle. Elle l'avait été à partir du 1er août 1996 lorsqu'elle avait commencé son emploi aux HUG. Au préalable, elle avait été affiliée auprès de l'institution de prévoyance du B_____ de 1989 à 1991, avant de reprendre ses études, achevées en mars 1994, suivies d'une période de chômage jusqu'en 1996.

La CPEG a ajouté que le lien de connexité temporelle n'avait pas été rompu depuis 1996, l'incapacité de travail durable de 50% à l'origine de l'invalidité de l'assurée étant survenue avant son entrée en fonction aux HUG. Au contraire, son état de santé s'était même aggravé en mars-avril 2017. Le lien de connexité matérielle n'avait pas non plus été rompu, dès lors que l'anorexie mentale qui avait entraîné l'incapacité de travail était également la cause de l'invalidité.

10. Par pli du 15 janvier 2020 à l'assurée, la CPEG a attesté que cette dernière avait été affiliée auprès de la CIA du 1er août 1996 au 31 janvier 2002, auprès de la CEH dès le 1er février 2002, puis auprès d'elle à compter du 1er janvier 2014. Elle lui a transmis en annexe les statuts de la CEH (édition janvier 2001), ainsi que le règlement général de la CEH (édition mars 2001), précisant que tous deux étaient en vigueur lors de son affiliation à la CEH au 1er février 2002.

11. Par acte du 29 janvier 2020, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a saisi la chambre de céans d'une demande en paiement à l'encontre de la CPEG, concluant, sous suite de dépens, préalablement, à la production par les HUG du rapport consécutif à sa visite médicale d'entrée en 2001 ou 2002, principalement, à la condamnation de la CPEG à lui verser une pension d'invalidité réglementaire de CHF 1'524.80 par mois dès le 1er septembre 2017 augmentée d'un intérêt de 2% à compter de l'introduction de la présente demande, et subsidiairement, à la condamnation de la CPEG à lui verser une rente d'invalidité de CHF 1'524.80 par mois sous imputation du montant de la rente de la prévoyance professionnelle obligatoire, assortie d'un intérêt de 2% à compter de l'introduction de la présente demande.

    La demanderesse a précisé d'emblée qu'elle réclamait des prestations de la prévoyance étendue.

    Elle a considéré que si, à l'instar de l'art. 33 du règlement général de la CPEG − du 23 mars 2013, dans son état au 10 février 2017 (ci-après : RCPEG) −, applicable au versement des prestations d'invalidité en 2017, une institution de prévoyance stipulait que le membre salarié reconnu invalide par l'assurance-invalidité ne l'était qu'à concurrence du taux d'incapacité de travail durable constaté à la fin des rapports de service et de prévoyance, a contrario, elle devait prendre en charge une aggravation du taux d'invalidité survenue pendant la période d'assurance, et ne pouvait se soustraire à cette obligation que par des réserves valablement formulées. Or, dans le cas d'espèce, aucune réserve n'avait été émise par la CEH en 2002. Par ailleurs, le délai de cinq ans de l'art. 331c de la loi fédérale complétant le Code civil suisse, du 30 mars 1911 (CO, Code des obligations – RS 220) s'était écoulé depuis longtemps.

    La demanderesse a fait valoir, en référence à l'art. 80 al. 1 et 2 des statuts de la CEH (édition de janvier 2001) – qui disposait que la « Caisse informe les assurés et les pensionnés de leurs droits, et qu'en cas de divergence entre les informations individuelles et les statuts, ceux-ci font foi » – que malgré la teneur de l'art. 23 de

la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 25 juin 1982 (LPP – RS 831.40) − dans sa version en vigueur du 1er juin 2002 au 31 décembre 2004 – qui différait de celle de l'art. 27 des statuts de la CEH précités, elle pouvait comprendre qu'elle avait été affiliée sans réserve à la CEH, avec une couverture d'assurance complète, pour la part valide de sa capacité de travail de 50%.

Elle a soutenu qu'il serait choquant et arbitraire, au vu de son affiliation sans réserve, de l'exclure de toute prestation en 2017, après plus de quinze ans d'assurance, alors qu'elle n'aurait pas manqué de se constituer une prévoyance personnelle, notamment par une assurance privée en cas d'invalidité, si elle avait été informée d'une prétendue réserve.

La demanderesse a ensuite estimé que la défenderesse, dans son courrier du 18 décembre 2019, confondait les notions de clause d'assurance et d'ouverture du droit aux prestations : la première s'appréciait au moment de l'affiliation, tandis que la seconde au moment de la réalisation du cas d'assurance. La jurisprudence que citait la défenderesse (ATAS/755/2016) concernait la seconde notion, de surcroît en application d'anciens statuts de la CIA, analogues sur ce point à l'art. 27 des statuts de la CEH précités. Or, en l'espèce, le risque d'invalidité s'était réalisé pendant la période d'affiliation à la défenderesse.

Dans l'hypothèse où la chambre de céans ne devait pas suivre cette argumentation, la demanderesse était d'avis qu'il serait choquant d'appliquer l'ATF 144 V 58, dans lequel le Tribunal fédéral a jugé que la perception d'un revenu excluant la rente ne suffit plus à interrompre la connexité temporelle, mais que celle-ci est interrompue lorsqu'une capacité de travail de plus de 80% est rétablie, car, in casu, elle obtenait au taux d'activité de 50% un revenu supérieur à celui qu'elle touchait en travaillant à 100% au B_____ avant la survenance de son incapacité de travail. Par contre, dans l'ATF 134 V 20, qu'il convenait d'appliquer selon elle, le Tribunal fédéral avait considéré que l'obtention d'un revenu excluant la rente suffisait à interrompre la connexité temporelle. Ainsi, si elle avait demandé et reçu une rente de l'assurance-invalidité en 1989, celle-ci aurait été supprimée en 2004 en raison de l'obtention d'un revenu excluant la rente.

À titre subsidiaire, la demanderesse a exposé que la décision de l'OAI était manifestement insoutenable, puisque son invalidité (d'un taux de 50%) avait pris fin trois mois après l'obtention d'un revenu supérieur à celui réalisé auprès du B_____. Partant, cette décision n'était, à ses yeux, pas opposable à la défenderesse.

12. Dans sa réponse du 11 mars 2020, la défenderesse a conclu au déboutement de la demanderesse de toutes ses conclusions.

Elle a relevé que la référence à l'art. 43 al. 1 des statuts de la CEH (édition mars 1996) dans son courrier du 18 décembre 2019, était une erreur, qui avait été corrigée lors de l'envoi du 15 janvier 2020 qui contenait les statuts de la CEH

(édition janvier 2001) et le règlement général de la CEH (édition mars 2001), en vigueur lors de l'affiliation de la demanderesse à la CEH dès le 1er février 2002.

La défenderesse a considéré que l'art. 27 al. 2, 1ère phrase, des statuts de la CEH (édition de janvier 2001), en vigueur au moment de l'affiliation de la demanderesse à la CEH, qui disposait que « l'assuré reconnu invalide par l'assurance-invalidité l'[était] également par la Caisse », ne subordonnait pas le droit à une pension d'invalidité à la condition qu'il existe un rapport de prévoyance au moment de la survenance de l'invalidité, sans égard au fait que l'assuré était ou non assuré auprès de la caisse, lorsqu'était survenue l'incapacité de travail invalidante. Elle a cité l'arrêt 9C_833/2013 du 18 mars 2014, expliquant que le Tribunal fédéral avait estimé que la définition de l'invalidité au sens de l'art. 28 des statuts de la CIA (édition 2007), dont l'al. 2, 1ère phrase, avait une teneur identique à celle de l'art. 27 al. 2, 1ère phrase des statuts de la CEH précités, ne permettait pas de relier la qualité de salarié (ou d'assuré) à la naissance du droit à la rente. L'interprétation desdits statuts conduisait à retenir que la qualité de salarié ne devait exister que lorsque commençait l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité, et non encore lors de la constatation du caractère durable de ladite incapacité. En conséquence, l'art. 27 al. 2, 1ère phrase, des statuts de la CEH précités devait être interprété en ce sens que l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité devait survenir à une date à laquelle la personne concernée avait la qualité de salarié (ou d'assuré), sans quoi la caisse n'était pas compétente pour verser des prestations d'invalidité.

Cela étant, dans la mesure où le droit à la rente de l'assurance-invalidité de la demanderesse était né le 1er septembre 2017, il convenait d'appliquer, selon la défenderesse, l'art. 33 al. 1 RCPEG précité, qui stipule que « le membre salarié reconnu invalide par l'assurance-invalidité l'est également par la Caisse pour autant qu'il ait été assuré auprès de la Caisse lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ».

La défenderesse a répété, pour les motifs exposés dans son courrier du 18 décembre 2019, qu'elle était liée par l'appréciation médicale de l'OAI s'agissant du début de l'incapacité de travail déterminante, fixée en 1989, précisant que la demanderesse ne prétendait pas que la décision de cette autorité avait à cet égard un caractère d'emblée insoutenable.

La défenderesse a fait valoir que la demanderesse ne contestait pas présenter une incapacité de travail durable de 50% depuis le 17 mai 1989, à une date où elle n'était pas encore assurée auprès d'elle, entraînant la négation du droit aux prestations. Ainsi, son argument selon lequel « il serait choquant et arbitraire, au vu de son affiliation sans réserve de l'exclure de toute prestation en 2017, après plus de quinze ans d'assurance » était sans objet, puisqu'une réserve pour raison de santé (si elle existait) déployait ses effets au moment où le cas d'assurance survenait et s'il en résultait un devoir pour l'assureur d'allouer des prestations, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence.

En outre, le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue le 17 mai 1989 et l'invalidité reconnue dès le 1er septembre 2017 n'avait pas été interrompu. Quand bien même la demanderesse réalisait sur son activité « résiduelle » à 50% un revenu supérieur à celui obtenu lorsqu'elle travaillait à 100% au B_____ avant la survenance de l'incapacité de travail, elle n'avait jamais disposé d'une capacité de travail de 80% au moins. Au contraire, son état de santé s'était aggravé en mars 2017 et depuis le 25 avril 2017, elle était en arrêt de travail à 100% et il semblait hautement improbable, d'après sa médecin traitant, qu'elle puisse un jour augmenter sa capacité de travail et s'assumer financièrement seule.

La défenderesse a, enfin, réitéré le fait que le lien de connexité matérielle n'avait pas non plus été rompu.

Elle a produit un courrier du 14 novembre 2017 qu'avait adressé la demanderesse à l'OAI à l'appui de sa demande de prestations, dans lequel celle-ci déclarait avoir collaboré à 50% aux HUG depuis 2001, mais être actuellement en arrêt de travail pour perte de poids subite et brutale. Lors de son anorexie, survenue en 1989, elle travaillait depuis trois ans à plein temps. Suite à cette maladie, et depuis 1996, année de son placement par le chômage, elle avait toujours exercé une activité lucrative à 50%. Cette maladie lui avait laissé des séquelles, mais elle avait pu plus ou moins « jongler » pour affronter le quotidien sur le plan personnel et professionnel grâce à l'aide de ses parents qui compensaient son manque à gagner, ne pouvant elle-même assumer davantage qu'un 50%. Sans cette précieuse aide parentale, elle aurait dû recourir aux aides sociales depuis longtemps. Elle sollicitait dorénavant un appui / complément à son manque à gagner vu l'état de santé déficient de ses parents.

13. Dans sa réplique du 30 mars 2020, la demanderesse a persisté dans ses conclusions.

Elle a rappelé qu'elle sollicitait des prestations réglementaires relevant de la prévoyance étendue. Or, l'argumentation de la défenderesse concernait pour l'essentiel l'assurance obligatoire.

La demanderesse a allégué avoir été admise sans réserve dans l'assurance étendue de la CEH en 2002, laquelle couvrait à ce moment le risque d'invalidité pour sa capacité de travail résiduelle de 50% sans exclure les maladies préexistantes, couverture d'assurance qui ne pouvait pas être supprimée rétroactivement par le règlement de la CPEG, entré en vigueur au 1er janvier 2014, sans violer le principe de l'interdiction de l'arbitraire. Tout au moins, la défenderesse aurait dû l'en informer afin qu'elle puisse contracter une assurance d'invalidité privée, car selon le principe de la bonne foi, elle pouvait s'attendre à ce que la restriction de la clause d'assurance ne s'appliquerait qu'aux personnes affiliées après le 1er janvier 2014.

La demanderesse a estimé que si la qualité d'assuré était déjà exclue pour les personnes souffrant d'une maladie antérieure à l'affiliation, en l'absence de toute réserve, avant le 1er janvier 2014, il n'aurait pas été nécessaire de rédiger l'art. 33 RCPEG dans sa teneur actuelle qui différait de l'art. 27 des statuts de la CEH. A

contrario, elle avait été assurée depuis son affiliation à la CEH, en l'absence de toute réserve, également pour le risque d'invalidité due à l'anorexie mentale. D'ailleurs, la défenderesse n'expliquait pas la différence entre l'art. 5 al. 4 des statuts de la CEH (édition janvier 2001) – aux termes duquel « le règlement général [définissait] les catégories de personnes qui, pour des motifs particuliers, [étaient] admises à/ou exclues de l'assurance » − et l'art. 27 desdits statuts, d'une part, et l'art. 23 LPP en vigueur à l'époque, d'autre part. Il était manifeste, selon la demanderesse, que la notion d'assuré auprès de la CEH pour le risque d'invalidité était plus large que celle de la LPP.

Elle a ajouté ne pas contester que, dans l'avis figurant au dossier, le SMR retenait une incapacité de travail de 50% du 17 mai 1989 au 24 avril 2017. Elle en tirait la conclusion qu'elle avait été assurée dans le domaine surobligatoire pour sa capacité résiduelle de travail de 50% auprès de la CEH à partir du 1er février 2002. La décision de l'OAI ne pouvait pas définir la clause d'assurance dans le domaine de la prévoyance étendue, puisqu'une institution de prévoyance est autonome dans la détermination de ses prestations qui vont au-delà du minimum de la LPP.

Par ailleurs, la jurisprudence relative à l'art. 23 LPP était sans pertinence, dès lors qu'il était question en l'espèce de la prévoyance étendue. Le cas d'assurance pour son incapacité de travail de 50%, interrompue du 1er février 2002 au 24 avril 2017, n'était survenu que le 1er septembre 2017.

La demanderesse a enfin renvoyé à son mémoire de demande en ce qui concernait la connexité temporelle et matérielle.

Elle a joint, à la demande de la chambre de céans, un courrier signé le 29 mars 2020 par lequel elle déliait les HUG du secret médical.

14. Par lettre du 6 avril 2020, la chambre de céans a invité les HUG à lui transmettre la copie intégrale du dossier médical de la demanderesse.

15. Dans sa duplique du 22 avril 2020, la défenderesse a persisté dans ses conclusions.

Elle a expliqué que l'art. 33 al. 1 RCPEG avait été modifié le 25 septembre 2014 et était entré en vigueur le 1er octobre 2014 suite à l'arrêt 9C_833/2013 précité pour qu'il soit conforme à la jurisprudence fédérale, ainsi que pour lever toute ambigüité quant à la couverture d'une invalidité reconnue par l'assurance-invalidité après la fin des rapports de prévoyance. Jusqu'à cet arrêt, elle interprétait l'art. 28 al. 1 des statuts de la CIA – cité dans cet arrêt − en ce sens que la qualité de salarié devait être donnée lors de la « naissance de l'invalidité ». En conséquence, lorsque le droit à la rente de l'assurance-invalidité naissait à une date postérieure à la fin de la période d'assurance, elle ne versait pas une pension d'invalidité statutaire. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral avait toutefois élargi la clause d'assurance en ce sens qu'il suffisait d'être atteint durablement dans sa santé lors de la fin des rapports de service pour avoir droit aux prestations statutaires même si ce constat intervenait ultérieurement, par exemple, lors du prononcé par l'OAI d'une décision reconnaissant l'invalidité. Depuis lors, il n'était alors plus nécessaire que la qualité

d'assuré soit donnée au moment de la survenance de l'invalidité. En revanche, avant la modification de l'art. 33 al. 1 RCPEG, la qualité de salarié (ou d'assuré) devait quoi qu'il en soit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité. En d'autres termes, aucune couverture d'assurance n'avait été supprimée par la modification apportée à l'art. 33 al. 1 RCPEG au 1er octobre 2014.

La défenderesse a fait valoir que l'art. 33 RCPEG reprenait la définition de l'invalidité de l'assurance-invalidité et que la force contraignante de la décision de l'OAI s'étendait à la naissance du droit à la rente, ainsi qu'à la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'était détérioré de manière sensible et durable.

Enfin, elle a considéré que la jurisprudence relative à l'art. 23 LPP était pertinente également dans le domaine de la prévoyance étendue à défaut de dispositions réglementaires contraires. D'ailleurs, la demanderesse s'était elle-même prévalue d'une ancienne jurisprudence fédérale relative à l'art. 23 let. a LPP (ATF 134 V 20) pour prétendre que l'obtention d'un revenu excluant la rente suffisait à interrompre la connexité temporelle.

16. Les 11 juin et 9 juillet 2020, la chambre de céans a relancé les HUG, en vain.

17. Par écriture du 18 juin 2020, la demanderesse a soutenu que la différence entre l'art. 23 LPP et l'art. 27 des statuts de la CEH (édition janvier 2001) était évidente. Ces derniers, à l'inverse de ce que prévoyait l'art. 23 LPP, n'excluaient pas des risques couverts une éventuelle incapacité de travail ayant eu lieu avant l'affiliation à la CEH, d'autant moins lorsque, comme en l'espèce, la capacité de travail était entière à l'engagement pour le taux d'activité prévu, demeuré le même pendant quinze ans. Pour cette raison, la jurisprudence fédérale relative à l'art. 23 LPP n'était pas applicable dans le domaine de la prévoyance étendue. La CEH ne prévoyait d'ailleurs pas une restriction de la couverture d'assurance au moment de l'affiliation, à la différence de la défenderesse depuis la modification de son règlement en 2014. Il était donc totalement injustifié de la part de celle-ci de prétendre que le début de l'incapacité de travail à 50%, telle que fixée par l'OAI, serait déterminant, alors que les statuts de la CEH de l'époque ne posaient aucune condition à ce propos. Le raisonnement de la défenderesse consistant à appliquer au cas d'espèce l'art. 23 LPP était arbitraire, voire absurde.

À titre subsidiaire, dans l'hypothèse où la chambre de céans ne devait pas suivre son interprétation de l'art. 27 des statuts de la CEH (édition janvier 2001), la demanderesse a cité l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.101/02 du 22 août 2003, dans lequel il a été rappelé que l'art. 9 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA − RS 221.229.1), relatif à la nullité du contrat d'assurance, applicable par analogie dans le domaine de la prévoyance étendue lorsque la personne assurée est déjà totalement invalide au moment de son entrée dans l'institution de prévoyance, si bien qu'il n'existe aucune capacité restante de

gain qui puisse être assurée, ne vise pas les cas où le risque ne s'est que partiellement réalisé. En l'espèce, la décision de l'OAI attestait d'une capacité de travail à 50% ininterrompue du 1er février 2002 au 24 avril 2017. Il s'agissait du taux d'activité pour lequel elle avait été admise sans réserve dans l'assurance. Le fait que cette décision retenait une incapacité de travail antérieure à 50% était sans importance, car la définition de l'invalidité de la CEH de l'époque n'était pas celle de l'assurance-invalidité. Elle a par conséquent sollicité, comme dans l'arrêt précité, le versement d'une rente d'invalidité réglementaire sous imputation du montant de la rente LPP obligatoire, précisant qu'à titre principal, elle demandait une rente réglementaire entière.

Enfin, en ce qui concernait la connexité temporelle, la demanderesse a réitéré le caractère manifestement insoutenable de la décision de l'OAI quant au début de l'incapacité de travail déterminante, rappelant qu'elle touchait en travaillant à 50% un revenu supérieur à celui qu'elle obtenait auparavant (au B_____) en exerçant une activité lucrative à plein temps, de sorte que, même si l'art. 23 LPP devait s'appliquer, ce qui n'était pas le cas, la défenderesse serait tenue à prester.

18. Par pli du 15 juillet 2020, la demanderesse, à son tour, a prié les HUG de lui communiquer la copie intégrale de son dossier médical.

19. Le 31 juillet 2020, la demanderesse a versé au dossier les pièces suivantes, qui lui avaient été remises par les HUG :

    − la copie du certificat d'examen médical du 18 janvier 2002 établi par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin examinateur des HUG, estimant, se référant à l'examen pratiqué ce jour, pouvoir délivrer au sujet de l'assurée pour le poste mentionné (commise administrative 4 au département de médecine communautaire des HUG, date d'entrée : 01.02.2002, taux d'activité : 50%), en qualité de nouvelle collaboratrice, un certificat médical d'aptitude, sous réserve du dépistage de la tuberculose ;

    − la copie d'un certificat du 5 juillet 2001 établi par la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet SA, attestant avoir examiné l'assurée qui présentait une bonne santé et était apte à travailler.

20. Dans son écriture du 7 septembre 2020, la défenderesse a considéré que l'arrêt B.101/02, non publié, que citait la demanderesse paraissait inapplicable en l'occurrence, dans la mesure où aucun des éléments qui justifiaient l'ouverture des prestations selon le principe de la confiance n'était présent. Il n'y avait pas eu d'admission « expresse et sans réserve » à l'assurance, les certificats médicaux produits attestaient uniquement à l'attention de l'employeur l'aptitude de la demanderesse pour le poste de commise administrative 4 à 50% en qualité de nouvelle collaboratrice, sans condition ni réserve.

    La défenderesse a relevé que l'ATF 130 V 13 clarifiait la relation entre la réserve pour raisons de santé, qui restreignait cas échéant la couverture d'assurance dans des cas donnés, et la clause d'assurance, qui avait pour fonction de régler la

compétence relative à l'octroi de prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle en délimitant la responsabilité entre les cas d'invalidité assurés et non assurés. Autrement dit, si l'institution de prévoyance n'était pas compétente pour prester en raison de la clause d'assurance, peu importe qu'elle ait ou non émis une réserve de santé.

Elle a ajouté que sa définition de l'invalidité était celle de l'assurance-invalidité, que ce soit sous les statuts de la CEH (édition janvier 2001), en vigueur au moment de l'affiliation de la demanderesse à cette caisse le 1er février 2002, ou sous le RCPEG (état au 10 février 2017), en vigueur lorsqu'était survenue l'invalidité de celle-ci le 1er septembre 2017.

21. Dans ses observations du 28 septembre 2020, la demanderesse a répété que l'arrêt B.101/02 précité était applicable au cas d'espèce. Elle a rappelé la différence entre l'art. 23 LPP et l'art. 27 al. 2 des statuts de la CEH (édition janvier 2001), dont la teneur n'était pas identique à celle de l'art. 33 RCPEG, et estimé qu'une invalidité reconnue par l'assurance-invalidité l'était également par la CEH au sens de l'art. 27 al. 2 précité même si l'incapacité de travail déterminante existait avant le début de l'assurance. Si un risque déjà présent ne pouvait pas être assuré, en revanche, un risque partiellement survenu n'excluait pas de s'assurer contre le risque affectant l'autre partie indemne.

Elle a ensuite considéré que la défenderesse, qui retenait à tort une incapacité de travail totale depuis le 17 mai 1989, dans la mesure où son incapacité avait été de 50%, faisait une mauvaise lecture de l'ATF 130 V 13 qui concernait la réticence. Or, il n'existait aucune réticence dans le cas d'espèce, puisqu'elle n'avait dû remplir aucun questionnaire à son admission à la CEH. Du reste, la défenderesse ne s'était pas départie du contrat dans le domaine surobligatoire pour cause de réticence.

22. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO - RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 LPP; art. 142a du Code civil [CC - RS 210]).

b. La compétence des autorités visées par l'art. 73 LPP est doublement définie.

Elle l'est, tout d'abord, quant à la nature du litige : il faut que la contestation entre les parties porte sur des questions spécifiques de la prévoyance professionnelle, au sens étroit ou large. Ce sont donc principalement des litiges qui portent sur des prestations d'assurance, des prestations de libre passage (actuellement prestations

d'entrée ou de sortie) et des cotisations. En revanche, les voies de droit de l'art. 73 LPP ne sont pas ouvertes lorsque la contestation a un fondement juridique autre que le droit de la prévoyance professionnelle, même si elle devait avoir des effets relevant du droit de ladite prévoyance (ATF 125 V 168 consid. 2; ATF 122 V 323 consid. 2b et les références).

Cette compétence est également limitée par le fait que la loi désigne de manière non équivoque les parties pouvant être liées à une contestation, à savoir les institutions de prévoyance, les employeurs et les ayants droit (ATF 128 V 254 consid. 2a). Il s'agit des institutions de prévoyance enregistrées qui participent au régime de l'assurance obligatoire (art. 48 al. 1 LPP), avec la possibilité d'étendre la prévoyance au-delà des prestations minimales (institutions de prévoyance dites « enveloppantes »; art. 49 al. 2 LPP) ; ces institutions doivent revêtir la forme d'une fondation ou d'une société coopérative, ou être une institution de droit public (art. 48 al. 2 LPP et art. 331 al. 1 CO ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.95/02 du 5 juin 2003 consid. 3.2).

c. Selon l'art. 73 al. 3 LPP, le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé.

Selon l'art. 56 al. 1 de la loi instituant la Caisse de prévoyance de l'État de Genève du 14 septembre 2012 (LCPEG – B 5 22), en cas de contestation concernant l'application de la réglementation de la défenderesse, « l'assurée, l'employeur, la Caisse ou tout autre ayant droit peut ouvrir action auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, sous réserve des objets relevant de la compétence de l'autorité de surveillance ».

d. En l'espèce, la demande en paiement du 29 janvier 2020 porte sur le versement d'une rente d'invalidité découlant de la prévoyance professionnelle surobligatoire. Par ailleurs, tant le siège de la défenderesse que le lieu de l'exploitation dans laquelle la demanderesse avait été engagée se situent dans le canton de Genève.

Partant, la compétence de la chambre de céans à raison de la matière et du lieu est établie.

2. a. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (Raymond SPIRA, Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984). C'est pourquoi, en matière de prévoyance professionnelle, le juge ne peut pas renvoyer l'affaire aux organes de l'assurance pour complément d'instruction et nouveau prononcé (ATF 117 V 237 consid. 2).

b. L'art. 73 al. 2 LPP se limite à fixer des règles-cadres de procédure. Celle-ci doit être simple, rapide et, en principe, gratuite. Lorsque le litige porte sur une contestation opposant ayant droit et institution de prévoyance, l'action est ouverte à l'initiative du premier par une écriture qui doit désigner l'institution de prévoyance visée et contenir des conclusions ainsi qu'une motivation. C'est donc la partie qui déclenche l'ouverture de la procédure et détermine l'objet du litige (maxime de

disposition). L'état de fait doit être établi d'office selon l'art. 73 al. 2 LPP seulement dans le cadre de l'objet du litige déterminé par la partie demanderesse. La maxime inquisitoire ne permet pas d'étendre l'objet du litige à des questions qui ne sont pas invoquées (ATF 129 V 450 consid. 3.2). Le juge n'est toutefois pas lié par les conclusions des parties; il peut ainsi adjuger plus ou moins que demandé à condition de respecter leur droit d'être entendues (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.59/03 du 30 décembre 2003 consid. 4.1).

c. Dans le canton de Genève, la procédure en matière de prévoyance professionnelle est régie par la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10) et plus particulièrement par les art. 89A et ss.

La demande respecte en l'espèce la forme prévue à l'art. 89B LPA.

d. Par conséquent, elle est recevable.

3. La LPP ne prévoit pas l'application de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA − RS 830.1), si bien que cette loi-ci n'est pas applicable (art. 2 LPGA), en dehors des cas visés par l'art. 34a LPP (et le renvoi des art. 18 let. c et 23 let. c LPP à l'art. 8 al. 2 LPGA), lesquels ne concernent pas le présent litige (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.128/05 du 25 juillet 2006 consid. 1).

4. La novelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (1ère révision LPP) est entrée en vigueur le 1er janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1er avril 2004 et au 1er janvier 2006), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677). Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux, dès lors qu'il porte sur des prestations durables qui n'ont pas encore acquis force de chose décidée, doit être examiné à l'aune des anciennes dispositions de la LPP en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2005 (arrêt du Tribunal fédéral B.146/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

5. Le litige porte sur le droit de la demanderesse à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle plus étendue de la part de la défenderesse à compter du 1er septembre 2017.

6. a. Dans le système de la prévoyance professionnelle, la LPP (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle), respectivement le règlement de prévoyance (lorsque l'institution de prévoyance a décidé d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi) détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées (ATF 138 V 409 consid. 3.1).

b. En matière de prévoyance obligatoire, les conditions d'octroi de prestations d'invalidité sont décrites aux art. 23 ss LPP.

Selon l'art. 23 LPP (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2005), ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI – à raison de 50% au moins jusqu'au 31 décembre 2004 −, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (let. a).

En vertu de l'art. 26 LPP, les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (RS 831.20 ; art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité (al. 1).

D'après l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

c. Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est - ou était - affilié au moment de la survenance de l'événement assuré. Dans la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, mais il correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Sinon, il subsisterait dans bien des cas des lacunes dans la couverture d'assurance, notamment lorsque l'employeur - en raison justement de la maladie - résilie les rapports de travail avant l'écoulement de la période de carence d'une année instituée par l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Ainsi donc, pour que la protection d'assurance découlant du deuxième pilier ne soit pas dépourvue de son efficacité, le risque d'invalidité doit également être couvert lorsqu'il survient après une longue maladie, et cela indépendamment du maintien de la couverture légale d'assurance; si l'institution de prévoyance a déjà effectué le transfert de la prestation de libre passage, elle n'est pas, pour autant, libérée de l'obligation éventuelle de verser ensuite une rente d'invalidité (ATF 123 V 262 consid. 1b). En d'autres termes, l'institution de prévoyance qui assurait l'intéressé lors de la survenance de l'incapacité de travail déterminante est tenue de prendre en charge aussi l'aggravation de l'invalidité (ATF 136 V 65 consid. 3.1).

Les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 136 V 65 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_155/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.3.1 ; 9C_1036/2010 du 12 septembre 2011 consid. 2.1).

d. L'art. 23 LPP a donc pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance, lorsque le travailleur, déjà atteint dans sa santé dans une mesure propre à influer sur sa capacité de travail, entre au service d'un nouvel employeur (en changeant en même temps d'institution de prévoyance) et est mis au bénéfice, ultérieurement, d'une rente de l'assurance-invalidité: le droit aux prestations ne

découle pas du nouveau rapport de prévoyance; les prestations d'invalidité sont dues par l'ancienne institution, auprès de laquelle l'intéressé était assuré lorsque est survenue l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité (ATF 123 V 262 1c).

Cependant, pour que l'ancienne institution de prévoyance reste tenue à prestations, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité ; dans ce cas seulement, la nouvelle institution est libérée de toute obligation de verser une rente (ibid.).

La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle. Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant l'affiliation à la précédente institution de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période, l'assuré est de nouveau apte à travailler. L'ancienne institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines ou de nouvelles manifestations de la maladie plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail (ibid.).

La connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance et l'invalidité ultérieure est interrompue lorsque la personne concernée dispose d'une capacité de travail de plus de 80% dans une activité adaptée pendant plus de trois mois et que celle-ci lui permet de réaliser un revenu excluant le droit à une rente. Une capacité de travail de 80% ne suffit pas pour interrompre le lien de connexité temporelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_214/2019 consid. 4.2 et les références).

e. Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 let. a LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou le champ d'activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2). La perte de la capacité de travail doit être d'une certaine importance, ce qui signifie qu'elle doit atteindre 20% (arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2010 du 20 mai 2011 consid. 2.5 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.105/03 du 14 mars 2005 consid. 1). En aucun cas, une atteinte à la santé qui n'a pas (encore) d'effet sur la capacité de travail de la personne assurée ne suffit pour le rattachement selon l'art. 23 LPP (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.49/03 du 23 septembre 2004 consid. 2.3).

La preuve suffisante d'une limitation de la capacité fonctionnelle de travail déterminante sous l'angle du droit de la prévoyance professionnelle ne suppose pas forcément l'attestation médicale d'une incapacité de travail « en temps réel » (« echtzeitlich »). Toutefois, des considérations subséquentes et des suppositions spéculatives, comme par exemple, une incapacité médico-théorique établie rétroactivement après bien des années, ne suffisent pas. L'atteinte à la santé doit avoir eu des effets significatifs sur les rapports de travail ; en d'autres termes, la

diminution de la capacité fonctionnelle de travail doit s'être manifestée sous l'angle du droit du travail, notamment par une baisse des prestations dûment constatée, un avertissement de l'employeur ou une accumulation d'absences du travail liées à l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_556/2019 du 4 novembre 2019 consid. 4.3 et la référence).

7. a. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité de la LAI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation des organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable. Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité, par exemple en cas d'invalidité dite « professionnelle » (c'est-à-dire en cas d'incapacité d'exercer l'activité habituelle). Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères. Toutefois, lorsque l'institution de prévoyance s'en tient à ce qu'ont décidé les organes de l'assurance-invalidité quant à la fixation du degré d'invalidité ou se fonde même sur leur décision, la force contraignante, voulue par le législateur et exprimée dans les art. 23 ss LPP, s'applique, sous réserve du caractère d'emblée insoutenable de la décision de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_866/2018 du 11 juin 2019 consid. 3.2 et la référence).

   En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), la rente d'invalidité ne peut être versée au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans la mesure où le droit à la rente présuppose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), il n'y a en principe aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande. En tant qu'elles ont pour objet une période antérieure, les constatations et autres appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont, de fait, aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2 et la référence citée), puisqu'il n'est pas exclu que l'incapacité de travail sur laquelle est fondé le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle soit survenue avant la période de six mois précédant le dépôt de la demande AI. Aussi les organes de la prévoyance professionnelle ne sont-ils pas liés, dans ce cas, par les constatations des organes de l'assurance-invalidité pour fixer le début de l'incapacité de travail déterminante pour la prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2012, 9C_59/2012 du 18 février 2013 consid. 6.1).

   b. La faculté réservée aux institutions de prévoyance d'adopter une définition de la notion d'invalidité qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité

n’implique cependant pas un pouvoir discrétionnaire. Lorsqu'elles adoptent dans leurs statuts ou règlements un certain système d'évaluation, elles doivent se conformer, dans l'application des critères retenus, aux conceptions de l'assurance sociale ou aux principes généraux. Autrement dit, si elles ont une pleine liberté dans le choix d'une notion, elles sont tenues de donner à celle-ci sa signification usuelle et reconnue en matière d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_866/2018 du 11 juin 2019 consid. 5.3.2 et la référence).

8. Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPP, les institutions de prévoyance peuvent adopter - dans les limites de la loi - le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui leur conviennent. D'après l'art. 49 al. 2 LPP, lorsque l'institution étend la prévoyance au-delà des prestations minimales, seules certaines dispositions s'appliquent à la prévoyance plus étendue, en particulier celles qui ont trait au contentieux (art. 73 et 74) et à l’information des assurés (art. 86b). Cela ne signifie toutefois pas qu’elle ne doit tenir compte que des dispositions de la LPP expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.87/04 du 21 décembre 2005 consid. 5.5.1).

   Dans le cadre de l'accomplissement de ses tâches en matière de prévoyance obligatoire et surobligatoire, l'institution de prévoyance demeure cependant tenue de se conformer aux principes généraux de procédure applicables dans le droit des assurances sociales et aux exigences constitutionnelles, telles que l'égalité de traitement, l'interdiction de l'arbitraire, la proportionnalité ou encore la protection de la bonne foi (ATF 132 V 149 et 278 consid. 3.1; ATF 130 V 369 consid. 6.4; ATF 115 V 103 consid. 4b).

   Les institutions de prévoyance qui étendent la prévoyance au-delà des exigences minimales de la LPP (prévoyance surobligatoire ou plus étendue) sont dites enveloppantes (ATF 138 V 176 consid. 5.3 et les références) et offrent en principe un plan de prestations unique, qui inclut les prestations minimales et les améliore sans faire de différence entre prévoyance obligatoire et plus étendue (ATF 138 V 176 consid. 5.4 et les références).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de 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 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

10. a. À titre préalable, il convient de déterminer si ce sont les dispositions statutaires de la CEH (édition janvier 2001) – comme le soutient la demanderesse – ou les dispositions réglementaires (RCPEG, état au 10 février 2017) – ainsi que le fait valoir la défenderesse – qui sont applicables, étant précisé que l'ensemble des droits et obligations de la CIA et de la CEH, en particulier les rapports de prévoyance en faveur des membres salariés ainsi que les rapports d'affiliation avec les employeurs, découlant de la loi ou des conventions d'affiliation, ont été transférés à la défenderesse avec effet au 1er janvier 2014, par succession universelle suite à la fusion opérée entre ces deux caisses (art. 60 LCPEG).

    b. Selon les principes généraux, on applique, en cas de changement de règles de droit, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques. Ces principes valent également en cas de changement de dispositions règlementaires ou statutaires des institutions de prévoyance (ATF 138 V 176 consid. 7.1 ; ATF 127 V 309 consid. 3b; ATF 121 V 97 consid. 1a). Leur application ne soulève pas de difficultés en présence d'un événement unique, qui peut être facilement isolé dans le temps (ATF 126 V 163 consid. 4b et la référence). En présence d'un état de choses durable, non encore révolu lors du changement de législation, le nouveau droit est en règle générale applicable, sauf disposition transitoire contraire (rétroactivité impropre). Il n'y a pas, dans ce cas, de rétroactivité proprement dite, en principe inadmissible (ATF 121 V 97 consid. 1a).

    En cas de prestation d'invalidité, l'état de fait dont découle le droit aux prestations de prévoyance n'est pas le début de l'incapacité de travail, considéré comme un événement isolé dans le temps, mais l'incapacité de travail comme telle, qui est un état de fait durable. La situation juridique qui donne lieu à une rente d'invalidité n'est donc pas ponctuelle. Elle perdure jusqu'au moment de la naissance du droit aux prestations. En cas de modification réglementaire durant cette période et conformément aux principes susmentionnés, ce sont les nouvelles règles qui sont applicables, sauf disposition contraire. Les anciennes règles n'attachent aucune conséquence juridique particulière à la date de la survenance de l'incapacité de travail, tant et aussi longtemps que cette incapacité ne fonde pas un droit à des prestations d'invalidité (ATF 121 V 97 consid. 1c).

    c. Selon l'art. 27 des statuts de la CEH (édition janvier 2001), l'invalidité est une atteinte durable à la santé physique ou mentale de l'assuré entraînant une incapacité partielle ou totale de remplir sa fonction ou toute autre fonction pouvant raisonnablement être exigée de lui (al. 1). L'assuré reconnu invalide par l'assurance-invalidité fédérale (AI) l'est également par la Caisse (al. 2, 1ère phrase). Dans des cas particuliers, l'assuré peut être reconnu invalide au sens de l'alinéa 1 par décision du comité (al. 3, 1ère phrase). Le droit à la pension naît en même temps que le droit à la rente de l'AI, sous réserve des cas découlant de l'application de l'alinéa 3 (al. 4).

Selon l'art. 89B des dispositions finales et transitoires du RCPEG, pour les membres salariés présents dans les effectifs de la CIA ou de la CEH au 31 décembre 2013 qui perçoivent des prestations provisoires d'invalidité à compter du 1er janvier 2014, et dont le droit à la pension d'invalidité rétroagit à une date antérieure au 1er janvier 2014, la pension d'invalidité est déterminée selon les modalités définies dans les statuts de la CIA ou de la CEH en vigueur au moment de la survenance du cas d'invalidité, mais est au moins égale aux prestations provisoires d'invalidité versées jusque-là par la Caisse (al. 1).

d. En l'occurrence, la demanderesse, qui n'a pas été reconnue invalide par décision du comité, a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité de l'AI à partir du 1er septembre 2017. Partant, aucun droit à la rente de la prévoyance professionnelle en sa faveur n'a pris naissance sous l'empire des statuts de la CEH précités. Le RCPEG du 23 mars 2013, entré en vigueur le 1er janvier 2014 (art. 65 al. 1 LCPEG), ne contient aucune disposition transitoire qui déclarerait applicables les anciennes dispositions statutaires, étant relevé que l'art. 89B RCPEG n'est pas pertinent, dès lors que la demanderesse ne perçoit pas de prestations provisoires d'invalidité depuis le 1er janvier 2014.

En conséquence, le RCPEG est applicable pour déterminer le droit (éventuel) de la demanderesse à la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle plus étendue à laquelle elle prétend.

11. Selon l'art. 32 RCPEG, l'invalidité est une atteinte durable à la santé physique ou mentale du membre salarié entraînant une incapacité partielle ou totale de remplir sa fonction ou toute autre fonction analogue au service de l'État ou d'une institution externe.

Selon l'art. 33 RCPEG, intitulé « invalidité selon l'AI », le membre salarié reconnu invalide par l'AI l'est également par la Caisse, pour autant qu'il ait été assuré auprès d'elle lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Il l'est à concurrence du taux d'incapacité de travail durable constaté à la fin des rapports de service et de prévoyance. La pension est allouée à la demande de l'intéressé ou de l'employeur (al. 1). Le degré d'invalidité est celui reconnu par l'AI (al. 2). Le droit à la pension naît en même temps que le droit à la rente de l'AI (al. 3). En cas d'aggravation du degré d'invalidité reconnue par l'AI, la pension versée par la Caisse est adaptée dans la même proportion et à la même date, pour autant que l'aggravation de l'incapacité de travail durable soit survenue avant la fin des rapports de service et de prévoyance. Demeurent réservées les prestations minimales de la LPP (al. 4).

Aux termes de l'art. 1 de la directive d'application de l'invalidité et de l'invalidité réglementaire de la défenderesse du 30 janvier 2014 (état au 13 janvier 2017), relatif à la reconnaissance de l'invalidité selon l'art. 33 RCPEG, l'administration procède à l'examen du dossier et vérifie qu'elle dispose de l'ensemble des documents requis et informations nécessaires, en particulier de la décision de l'AI.

Elle peut demander toute information ou document complémentaire à la ou au salarié-e ou à l'employeur ou l'employeuse et leur impartir un délai à cette fin (al. 1). Sur la base du dossier, l'administration détermine si les conditions d'une reconnaissance sont remplies, calcule et ouvre la pension d'invalidité (al. 2).

Selon l'art. 34 RCPEG, intitulé « invalidité réglementaire », le comité fixe par règlement les modalités de la reconnaissance de l'invalidité et de son degré en cas de refus de rente ou d'octroi d'une rente qui n'est pas entière de la part de l'AI, ou encore lorsque le degré d'invalidité demandé est inférieur au minimum requis par l'AI (let. a) ; lorsque l'intéressé accepte, en raison de son invalidité, d'être déplacé dans une autre fonction moins rémunérée, la pension est calculée sur la différence entre l'ancien et le nouveau traitement assuré, à taux d'activité identique (let. b). Le droit à la pension d'invalidité réglementaire naît à la date d'introduction de la demande ou à la date du changement de fonction (art. 35 RCPEG).

La demande de mise à l'invalidité selon l'article 34 al. 1 let. a RCPEG est présentée par écrit par l'employeur ou l'employeuse ou la ou le salarié-e, accompagnée de la décision de l'AI (art. 2 al. 1 de la directive précitée).

12. La défenderesse est une institution enveloppante dans la mesure où elle n'opère pas de distinction entre prestations découlant de la prévoyance obligatoire et prestations découlant de la prévoyance plus étendue (ATAS/981/2019 du 28 octobre 2019 consid. 10c). En outre, elle est une institution de prévoyance de droit public, comme cela ressort de l'art. 2 al. 1 LCPEG. Le sens de ses dispositions réglementaires doit ainsi être recherché selon les règles applicables en matière d'interprétation des lois (arrêt du Tribunal fédéral 9C_886/2018 du 4 juillet 2019 consid. 3.4). La loi s'interprète en premier lieu selon sa lettre. Ce n'est que si le texte n'est pas absolument clair qu'il faut rechercher la véritable portée de la norme en la dégageant des travaux préparatoires, de son but, de son esprit, des valeurs qui la sous-tendent ou de sa relation avec d'autres dispositions légales (ATF 130 V 479 consid. 5.2 et les références).

Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de s'exprimer sur la définition de l'invalidité selon l'art. 28 al. 1 des statuts de la CIA, dont la teneur est identique à l'art. 32 RCPEG. Il a ainsi constaté que la notion statutaire/réglementaire d'invalidité est plus large que celle qui résulte de la LAI dans la mesure où elle établit une invalidité de fonction qui n'exige pas la prise en considération d'une activité raisonnablement exigible sur l'ensemble du marché du travail pertinent pour l'intéressé, si bien que celui-ci peut être mis au bénéfice d'une rente statutaire/réglementaire d'invalidité sans forcément remplir les conditions fixées dans la LAI (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_833/2013 du 18 mars 2014 consid. 5.2 et les références). À la différence de l'art. 8 LPGA, la définition réglementaire assimile l'invalidité à l'atteinte à la santé et pas à l'incapacité de gain. En définitive, si une atteinte affecte la santé physique ou mentale d'un salarié, si elle peut être qualifiée de durable et si elle génère une incapacité partielle ou totale à remplir la fonction exercée précédemment ou toute autre fonction analogue au service de

l'État ou d'une institution externe, alors on parle d'invalidité. Le salarié souffrant d'une atteinte durable à la santé qui cause chez lui une incapacité à remplir son travail habituel doit donc être qualifié d'invalide (arrêt précité consid. 5.3 ; ATAS/981/2019 du 28 octobre 2019 consid. 10c).

Eu égard à la notion élargie d'invalidité retenue par le règlement de prévoyance, il peut donc arriver qu'un assuré soit mis au bénéfice d'une pension d'invalidité de la prévoyance professionnelle surobligatoire sans remplir les conditions fixées par la LAI. À l'inverse, la notion d'invalidité reconnue par l'assurance-invalidité, plus étroite, se confond nécessairement avec la notion d'invalidité professionnelle, de sorte que l'assuré à qui l'assurance-invalidité a reconnu un droit à une rente (entière ou partielle) remplit par définition les conditions de l'invalidité professionnelle à hauteur de la rente allouée (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_866/2018 du 11 juin 2019 consid. 5.3.1 et 9C_644/2014 du 13 juillet 2015 consid. 7.5 ; ATAS/981/2019 du 28 octobre 2019 consid. 10c).

13. a. En l'espèce, l'art. 34 let. a RCPEG, qui implique un refus de rente de l'assurance-invalidité, n'est pas applicable, puisque la demanderesse a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité de l'assurance-invalidité. La let. b de cet article n'est pas applicable non plus, dès lors que la demanderesse n'a pas été déplacée dans une autre fonction moins rémunérée. Du reste, celle-ci n'a jamais présenté une demande de mise à l'invalidité au sens de cette disposition.

b/aa. Il convient donc d'examiner si la demanderesse a droit à une pension d'invalidité au sens de l'art. 33 RCPEG, étant rappelé que la naissance du droit à une rente de l'assurance-invalidité a pour effet d'ouvrir le droit à une pension de la prévoyance professionnelle conformément à cette disposition à la condition que la demanderesse ait été assurée auprès de la défenderesse lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

Le règlement de la défenderesse ne subordonne pas la prise en charge de la pension d'invalidité étendue à l'existence de la qualité d'assuré au moment de la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité – autrement dit, le règlement ne déroge pas à l'art. 23 LPP en ce qui concerne le moment où la qualité d'assuré, que présuppose l'obligation de prestations, doit exister. Quoi qu'en dise la demanderesse, la chambre de céans a déjà relevé que le Tribunal fédéral, dans l'arrêt 9C_833/2013 précité (consid. 5.3), avait indiqué que la définition de l'invalidité statutaire/réglementaire ne permettait pas de relier la qualité de salarié (ou d'assuré) à la naissance du droit à la rente, qui correspondait en l'espèce à celle du droit à la rente de l'assurance-invalidité (art. 28 al. 4 des statuts de la CIA, à l'instar de l'art. 33 al. 3 RCPEG). En revanche, la qualité de salarié doit exister lorsque commence l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité (ATAS/755/2016 du 21 septembre 2016 consid. 7b).

L'art. 33 al. 4 RCPEG, par contre, fait dépendre le droit à la révision de la pension d'invalidité étendue – en cas de détérioration du degré de l'invalidité reconnue par

l'AI − de l'existence du rapport de prévoyance au moment de l'aggravation de l'incapacité de travail durable.

Il s'ensuit que, contrairement à ce que prétend la demanderesse, les principes dégagés par la jurisprudence sous l'angle de l'art 23 LPP doivent s'appliquer dans le cas d'espèce (cf. consid. 6c ss *supra*) pour déterminer si elle a droit à une pension d'invalidité étendue, étant relevé que, au vu de la teneur de l'art. 33 al. 4 RCPEG, c'est en cas d'augmentation ultérieure du taux d'invalidité que cette jurisprudence ne trouve pas application dans la prévoyance étendue (cf. Marc HÜRZELER, Commentaire des assurances sociales suisses, LPP et LFLP, 2020, n. 58 ad art. 23 LPP).

b/bb. Cela étant précisé, il y a lieu de déterminer si la demanderesse, pour prétendre à une pension d'invalidité étendue, était affiliée auprès de la défenderesse au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

Certes, le droit à la rente de la prévoyance professionnelle selon le règlement de la défenderesse est en premier lieu calqué sur la décision de l'OAI (ATAS/228/2021 du 11 mars 2021 consid. 11).

À cet égard, en ce qui concerne le début de l'incapacité de travail initiale (à 50 %) fixé par l'OAI au 17 mai 1989, dès lors que la demande de prestations AI a été déposée tardivement – le 7 mars 2017 −, et que la période litigieuse remonte à plus de vingt-sept ans avant le dépôt de cette demande, la défenderesse, contrairement à ce qu'elle semble croire, n'était pas liée par l'appréciation de l'OAI pour fixer le début de l'incapacité de travail déterminante pour la prévoyance professionnelle.

Cela étant, la date retenue par la défenderesse, fondée sur les constatations de l'OAI, s'avère correcte.

En effet, dans sa réplique du 30 mars 2020, ainsi que dans son écriture du 28 septembre 2020, la demanderesse reconnaît avoir présenté une incapacité de travail de 50% du 17 mai 1989 au 24 avril 2017. Il ressort du rapport de la Dresse C_____ (médecin traitant) du 16 mars 2017, ainsi que du courrier de la demanderesse du 14 novembre 2017 adressé à l'OAI, que cette dernière avait pris la décision de réduire son taux d'activité à 50% dès le 17 mai 1989 en raison de sa maladie (anorexie mentale) et que son manque à gagner était compensé par l'aide matérielle fournie par ses parents. L'arrêt de travail que s'était « auto-administré » la demanderesse permet d'expliquer pourquoi ne figure pas au dossier d'incapacité de travail « en temps réel ».

Le rapport de la Dresse C_____ du 22 août 2019 – postérieur à la prise de position de la défenderesse du 13 août 2019 –, selon lequel l'arrêt de travail effectif remontait à avril 2017 et que jusque-là la demanderesse pouvait travailler sans restriction médicale, ne convainc pas, puisqu'à la lecture du rapport précédent et du courrier précité, la demanderesse ne pouvait pas supporter une activité professionnelle à un taux supérieur à 50% depuis la survenance de son atteinte à la

santé en 1989. C'est dire que sa maladie avait affecté sa capacité de travail dès le 17 mai 1989 avec pour conséquence qu'elle avait été contrainte de réduire son activité à 50%.

Le certificat de la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet SA du 5 juillet 2001, aux termes duquel la demanderesse présentait une bonne santé et était apte à travailler, n'est pas déterminant, dès lors que ce document n'indique pas à quel taux celle-ci, atteinte en réalité dans sa santé, pouvait exercer une activité lucrative. Le certificat du 18 janvier 2002 établi par le Dr D_____, médecin examinateur des HUG – ancien employeur de la demanderesse –, déclarant cette dernière apte à travailler pour le poste en question (commise administrative), ne permet pas de retenir qu'elle disposait d'une capacité de travail supérieure au taux d'activité (contractuel) de 50%.

Le fait que le dossier ne contient pas de document selon lequel l'employeur a (ou n'a pas) constaté de baisse de rendement n'est pas non plus déterminant, car la demanderesse avait d'elle-même réduit son taux d'activité à 50%, taux qu'elle pouvait assumer malgré son atteinte à la santé (cf. rapport de la Dresse C_____ PIRKL du 16 mars 2017).

L'affirmation de la médecin traitant selon laquelle l'OAI avait reconnu un droit aux prestations dès 2017 seulement (cf. rapport du 22 août 2019) ne peut remettre en cause la présence d'une incapacité de travail dès le 17 mai 1989, dans la mesure où l'élément déterminant réside dans la diminution de la capacité de travail ; il s'agit d'une question d'ordre médical, dont la réponse ne saurait être influencée par le fait que la personne assurée a déposé tardivement une demande de prestations d'assurances sociales (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_733/2017 du 16 mars 2018 consid. 5.4).

Force est ainsi de conclure que l'incapacité de travail de la demanderesse existait depuis le 17 mai 1989, à une époque où elle n'était pas encore assurée auprès de la défenderesse, son affiliation ayant débuté en 1996.

b/cc. Il n'est pas contesté que l'anorexie mentale, responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale, a conduit à l'attribution de la rente d'invalidité. Aussi convient-il d'admettre l'existence d'un lien de connexité matérielle entre l'incapacité de travail, survenue le 17 mai 1989, et l'invalidité qu'elle a entraînée, reconnue officiellement en septembre 2017.

Contrairement à la thèse défendue par la demanderesse, dans la mesure où elle n'a pas présenté, depuis le 17 mai 1989, une capacité de travail de plus de 80% dans une activité adaptée pendant plus de trois mois, le lien de connexité temporelle n'a pas été interrompu. Peu importe à cet égard qu'elle ait réalisé au taux d'activité de 50% un revenu supérieur à celui qu'elle touchait en travaillant à plein temps au B_____ avant la survenance de son incapacité de travail, puisque selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, même une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée ne suffit pas pour interrompre le lien de connexité

temporelle (arrêt 9C_214/2019 du 12 décembre 2019 consid. 4.2). La réalisation d'un revenu excluant le droit à une rente d'invalidité n'apparaît déterminante que si l'intéressé dispose dans une activité raisonnablement exigible (autre que sa profession habituelle) d'une capacité de travail (presque) entière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_7/2017 du 4 avril 2017 consid. 4.1). Or, en l'espèce, l'activité qu'exerçait la demanderesse à 50% auprès des HUG en tant que commise administrative n'était pas différente de celle qu'elle effectuait en tant que secrétaire auprès du B_____ à plein temps. En d'autres termes, la connexité temporelle n'aurait pu être interrompue que si la demanderesse avait disposé d'une capacité de travail de plus de 80% dans une activité adaptée (autre que dans le domaine administratif) pendant plus de trois mois et que cette activité lui avait permis de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_214/2019 du 12 décembre 2019 consid. 4.2). C'est la capacité de travail dans une activité adaptée qui est pertinente pour l'examen du lien de connexité temporelle, et non à elle seule la réalisation d'un revenu excluant le droit à une rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_7/2017 du 4 avril 2017 consid. 4.1).

En conséquence, faute d'interruption du lien de connexité temporelle et matérielle, il n'incombe pas à la défenderesse de verser une rente d'invalidité étendue à la demanderesse.

c. Contrairement à ce que fait valoir la demanderesse, on ne peut transposer au cas d'espèce la jurisprudence de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.101/02 du 22 août 2003.

Dans cet arrêt, l'assurée était déjà reconnue invalide par l'OAI au moment de son affiliation auprès de l'institution de prévoyance recourante, caisse enveloppante accordant des prestations d'invalidité en se basant sur les décisions de l'OAI, qui avait expressément confirmé à celle-ci qu'elle l'assurait sans réserve dans la prévoyance pour la mise en valeur de sa capacité résiduelle de travail à 50%. Le Tribunal a estimé que l'assurée pouvait se fier à la déclaration de l'institution de prévoyance et considérer qu'elle bénéficiait de la couverture d'assurance étendue en cas d'aggravation de sa capacité de gain résiduelle consécutive à l'atteinte à la santé préexistante (cf. également Bulletin de la prévoyance professionnelle n°74 du 30 avril 2004 édité par l'Office fédéral des assurances sociales, ch. 433 ; HÜRZELER, op cit., n. 59 ad art. 23 LPP).

Or, en l'espèce, quand bien même l'affiliation de la demanderesse auprès de la défenderesse en 1996 n'était pas grevée d'une réserve, celle-là, dont la capacité de travail était limitée à 50%, n'avait de toute manière pas été reconnue invalide par l'OAI à cette époque. L'allocation d'une rente entière de l'OAI en septembre 2017, au cours de la période d'assurance, ne résulte donc pas d'une détérioration d'une invalidité partielle préexistante.

Comme le relève la demanderesse, selon la jurisprudence relative à l'art. 9 LCA − qui régit la nullité du contrat si au moment où il a été conclu, le risque avait déjà

disparu ou si le sinistre était déjà survenu, applicable par analogie en matière de prévoyance professionnelle étendue (ATF 128 V 243 consid. 5a et les références) −, il est possible, si un sinistre partiel est déjà survenu, d'assurer le risque afférant à l'autre partie, si la couverture de celui-ci est aléatoire (arrêt du Tribunal fédéral 4A_352/2014 du 9 février 2015 consid. 4.1.1 et les références).

En l'occurrence, il est vrai que, postérieurement à la survenance de son incapacité de travail partielle le 17 mai 1989, la demanderesse a été mise au bénéfice de la prévoyance professionnelle étendue auprès de la défenderesse pour la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle de 50%. Cela étant, elle n'aurait droit à une pension d'invalidité étendue, conformément au règlement applicable, que si la part restante de sa capacité de travail disparaissait au cours de la période d'assurance en raison d'une atteinte à la santé différente de celle qui est à l'origine de sa première incapacité partielle ayant entraîné son invalidité en septembre 2017.

Admettre l'argumentation que développe la demanderesse reviendrait à vider l'art. 33 al. 1 RCPEG de sa substance. Ainsi qu'il a été exposé au consid. 13b *supra*, la perte de la capacité de travail résiduelle en avril 2017 est due à la même atteinte à la santé que celle pour laquelle la demanderesse ne disposait que d'une incapacité de travail initiale de 50%. Aussi, faute d'interruption du lien de connexité matérielle, y a-t-il lieu de lui nier le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle étendue.

Enfin, dans le même ordre d'idée, c'est à tort que la demanderesse reproche à la défenderesse de ne pas l'avoir informée du fait que sa couverture d'assurance pour sa capacité de travail résiduelle aurait été supprimée lors de l'entrée en vigueur du RCPEG. Comme on vient de le relever, la demanderesse bénéficiait de la couverture d'assurance pour sa capacité de travail résiduelle, ce pour autant que la détérioration de celle-ci soit causée par une nouvelle atteinte à la santé. Au regard de l'art. 9 LCA et dudit règlement, applicable au cas d'espèce (cf. consid. 10 ci-dessus), c'est l'anorexie mentale et l'incapacité de travail y relative qui reste exclue de la prévoyance étendue.

14. Eu égard aux considérations qui précèdent, la demande ne peut qu'être rejetée.

15. La demanderesse, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 89H al. 3 LPA a contrario ; ATAS/980/2009 du 23 juillet 2009).

16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP ; art. 89H al. 1 LPA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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	Le président
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le