
EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1970 à Sidi-Bel-Abbes (Algérie), ressortissant français, célibataire, s'est installé en Suisse, dans le canton de Genève, le 16 septembre 2010, y obtenant aussitôt une autorisation de séjour. Il avait exercé antérieurement des activités professionnelles en Algérie comme chef du service finance et comptabilité d'une entreprise de février 1993 à novembre 1998, puis à Paris comme serveur dans un restaurant, commercial dans un groupe d'assurances et réceptionniste dans des hôtels. En Suisse, il a été agent de sécurité dans une bijouterie du 17 septembre au 24 décembre 2010 ; il s'était inscrit au chômage à 100 % le 14 mars 2011 ; à teneur de l'extrait de son compte individuel (qui sera délivré le 17 décembre 2013 par la caisse cantonale genevoise de compensation [ci-après : CCGC]), il a cotisé d'août 2010 à décembre 2012.
2. Par demande déposée le 11 décembre 2013 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), l'assuré a demandé à être mis au bénéfice de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en considération d'une maladie du cœur et d'une tumeur existant depuis 2009. Il était en traitement auprès de la docteure B_____ depuis janvier 2013. Il avait été réceptionniste du 1^{er} septembre 2009 au 31 décembre 2010 et était au bénéfice de l'aide sociale de l'Hospice général.
3. À teneur du rapport médical établi le 13 janvier 2014 par la docteure C_____, cheffe de clinique auprès de la médecine communautaire et des premiers recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assuré souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, d'un probable trouble délirant avec idées paranoïaques (depuis une date inconnue), d'une cardiopathie ischémique (depuis 2009) et d'un diabète insulino-requérant de type 2 (depuis 2002), ainsi que, sans effet sur la capacité de travail, d'une paralysie faciale. L'évolution de ces quatre problématiques n'était pas favorable. Au titre d'une incapacité de travail, il était noté que l'assuré n'exerçait pas de profession depuis son arrivée en Suisse ; au titre des restrictions pour l'exercice de ses activités, il était relevé que l'assuré avait des troubles du comportement ne permettant pas une interaction interpersonnelle, présentait un risque d'agressivité, une limitation à l'effort, une douleur fluctuante ; d'un point de vue médical, l'activité exercée n'était pas exigible, et il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de sa capacité de travail. Les activités qu'il ne pouvait exercer étaient celles de travailler en marchant, de monter sur une échelle ou un échafaudage et de monter des escaliers, et ses capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées. Vu sa situation psychiatrique, aucune mesure n'apparaissait permettre la reprise d'un travail quel qu'il soit.

Plusieurs rapports étaient joints à ce rapport, à savoir :

- un rapport du 15 juillet 2013 de la docteure D_____ du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, diagnostiquant chez l'assuré des douleurs de l'hémiface gauche dans un

contexte de status post ablation d'un paragangliome cervical haut et de la partie inférieure du foramen jugulaire compliqué d'une paralysie faciale et du nerf hypoglosse, de multiples lésions ischémiques et hémorragiques corticales subaigües probablement liées à une rupture de plaque lors d'un geste endo-artériel, de cardiopathie ischémique sur maladie de trois vaisseaux avec status port pontage coronarien et pose de stent dans la coronaire droite, la circonflexe, l'IVA et le tronc commun en novembre 2002, et d'un diabète de type 2. L'assuré souffrait depuis des années d'une douleur au niveau de l'hémiface gauche initialement attribuée à des sinusites à répétition ; un bilan étiologique de ses céphalées, réalisé après son arrivée en Suisse en 2010, avait mis en évidence un paragangliome cervical haut et de la partie inférieure du foramen jugulaire ; ce paragangliome avait été entièrement réséqué en février 2012, opération qui s'était compliquée d'une paralysie faciale, encore présente mais d'évolution favorable et d'une parésie du nerf hypoglosse. Les douleurs avaient empiré depuis cette intervention, sans qu'une médication n'ait d'effet favorable et durable. D'après une IRM de novembre 2012, il n'y avait pas de récurrence de la tumeur, et les lésions ischémiques et hémorragiques étaient stables. L'assuré était suivi en cardiologie pour une cardiopathie ischémique sévère, ainsi qu'en diabétologie pour un diabète de type 2 par son médecin traitant. Sur le plan psychosocial, il était noté que l'assuré, en Suisse depuis trois ans, travaillait dans la sécurité, mais qu'il était sans travail depuis janvier 2012, son revenu étant assuré par l'Hospice général ; la douleur et ses autres problèmes de santé avaient une répercussion majeure sur son quotidien, obligé qu'il était de passer ses journées chez lui passablement essoufflé en raison de sa cardiopathie ; au plan thymique, il semblait avoir bon moral, mais se sentait passablement irritable compte tenu de sa situation et de sa pérennisation.

- un rapport de consultation ambulatoire de cardiologie du 26 février 2013 de la consultation ambulatoire de cardiologie de HUG, faisant état, dès la mi-janvier 2013, de douleurs thoraciques oppressives continues ; l'assuré présentait probablement une récurrence d'angor sur une maladie coronarienne de trois vaisseaux, étant précisé qu'il avait subi en décembre 2009 un pontage aorto-coronarien, en décembre 2009 un NSTEMI sur occlusion du pont mammaire au niveau de l'anastomose ayant nécessité la pose d'un stent actif et de autres autres stents au niveau de la coronaire droite, du tronc commun et de l'IVA, de la circonflexe et IVA moyenne, et en novembre 2012 un angor sur une ré-sténose de 50-70 % de la bifurcation du tronc commun distal-IVA-circonflexe au niveau de l'implantation du stent ainsi qu'une ré-sténose intermédiaire de 50 % de l'IVA moyenne ayant nécessité une angioplastie du tronc commun, CX ostiale et une angioplastie par ballon à élution seule de l'ostium de l'IVA proximale, la FEVG ayant été estimée normale en avril 2012. Au titre des comorbidités et antécédents étaient cités un status post résection subtotale après pré-embolisation d'un paragangliome de la base du crâne et extracrânien le 13 février 2012, une atteinte des nerfs crâniens VII, IX, X, XI et XII gauches secondaires, avec paralysie faciale périphérique gauche complète, paralysie du

voile du palais et de la corde vocale gauche, troubles de la déglutition, parésie de la langue, parésie du trapèze et du muscle sternocléido-mastoïdien gauche, des lésions ischémiques cérébrales subaigües multiples et millimétriques secondaires diagnostiquées par imagerie cérébrale le 22 février 2012 ainsi que par une hémorragie sous-arachnoïdienne stable sur l'IRM cérébrale du 18 juin 2012 (une dernière IRM cérébrale stable remontant au 8 novembre 2012), ainsi qu'un status post médialisation de la corde vocale gauche par injection de la graisse le 4 avril 2012 dans le contexte de la parésie du nerf crânien X à gauche.

- un rapport du 11 mars 2013 de la consultation ambulatoire de cardiologie de HUG, concernant une consultation du 8 mars 2013 pour une synthèse de son bilan cardiaque. L'assuré n'avait plus présenté de franche douleur thoracique depuis février 2013. L'IRM cardiaque de stress du 5 mars 2013 excluait la présence d'une ischémie myocardique et relevait un petit infarctus sous-endocardiaque antéro-septo-apical inchangé par rapport à l'IRM cardiaque de 2012.
 - un rapport du 7 mars 2013 de la consultation ambulatoire de l'unité de diabétologie clinique des HUG, relatif au suivi du diabète de type 2 de l'assuré.
 - une lettre de sortie du service de cardiologie des HUG du 23 novembre 2012, à la suite d'une hospitalisation pour une coronarographie et une angioplastie effectuées le 16 novembre 2012.
4. D'autres rapports médicaux ont été versés ultérieurement au dossier de l'OAI, en particulier le 9 avril 2014, à savoir notamment :
- un compte-rendu opératoire du 13 février 2012 du service de neurochirurgie des HUG, concernant la résection de la tumeur cervicale haute impliquant la partie inférieure du foramen jugulaire, diagnostiquée dans le cadre d'investigations pour céphalées chroniques (avec mention des risques liés à cette intervention, soit de parésie des nerfs crâniens VII à XII).
 - une lettre de sortie du service de neurochirurgie des HUG du 19 décembre 2011, relative à l'hospitalisation du 14 au 16 décembre 2011 pour un bilan artériographique suite à la découverte d'une masse entre l'artère carotide interne et la veine jugulaire gauche, en proximité du foramen jugulaire gauche (probable paragangliome).
 - une lettre de transfert du service de neurologie des HUG à l'hôpital Beau-Séjour du 13 mars 2012, suite à la résection subtotale de la tumeur précitée et aux complications survenues (parésie du nerf VII et déficit des nerfs X et XI).
 - des rapports des 22 mai 2012 et 18 juin 2012 de la consultation du professeur L_____, médecin-chef du service de neurochirurgie des HUG, relatifs à des consultations post-opératoires, faisant mention notamment d'une parésie faciale importante, de séquelles neurologiques concernant la parésie des nerfs VII, IX, X et XII.

- des rapports d'examen radiologiques des 22 août 2011, 13 février 2012, 23 février 2012, 16 mai 2012, 18 juin 2012 et 9 novembre 2012.
5. D'après un rapport médical intermédiaire du 17 octobre 2014 de la Dre C_____, l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire. Le diagnostic psychiatrique était précisé, en ce sens qu'il s'agissait d'une psychose non organique. Malgré le traitement neuroleptique introduit en juillet 2014, les troubles psychiatriques non reconnus par l'assuré n'avaient pas changé. Les atteintes à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré étaient les mêmes que celles signalées dans le rapport de janvier 2014 (céphalées, psychose, diabète) ; les incapacités de travail n'avaient pas changé ; la capacité de travail de l'assuré était de 0 % dans toute activité. Vu la chronicité des céphalées et de la psychose non organique, il était improbable que l'assuré puisse reprendre une activité professionnelle.

À ce rapport était jointe notamment une lettre de sortie du 11 août 2014 d'une unité hospitalière du service de psychiatrie générale des HUG, dans laquelle l'assuré avait séjourné du 16 au 28 juillet 2014 en raison d'une décompensation psychotique. D'après les éléments anamnestiques, il était connu pour des céphalées et des antécédents cardiaques (infarctus en 2009 et stent) et neurochirurgicaux (excision incomplète d'un paragangliome en 2012) ; il était suivi de longue date au service de médecine communautaire (actuellement par la Dre C_____) en raison de troubles somatiques et la notion d'idées de persécution avec un même discours depuis des années mais en péjoration depuis mai 2014. Il s'était présenté le 15 juillet 2014 aux urgences des HUG avec une symptomatologie psychotique, des idées délirantes et des hallucinations (auditives et visuelles) en aggravation nette depuis quelques jours. En fin d'hospitalisation, un fond délirant avec une conviction d'être victime d'un complot restait présent, mais influençait peu ou pas son comportement, l'assuré se montrant capable d'une autonomie concernant ses démarches personnelles. Les psychiatres ont émis l'hypothèse que l'assuré présentait un trouble psychotique de longue date, avec des idées de type persécutoire présents selon lui au début de l'âge adulte. L'assuré n'avait pas bénéficié de soins psychiatriques, ayant une attitude fuyante par rapport à ce type d'aide. Selon les médecins l'ayant suivi pour ses problèmes somatiques, l'assuré présentait un discours avec des idées délirantes depuis au moins 2010 (évoquant la présence de caméras et de complot).

6. À teneur d'un rapport du 28 novembre 2014 de la docteure F_____, médecin interne en psychiatrie, l'assuré souffrait, avec effet sur la capacité de travail, d'un schizophrénie paranoïde (selon lui dès l'âge de 29 ans, donc dès 1999), ainsi que, sans effet sur la capacité de travail, d'un diabète insulino-dépendant, d'une haute tension artérielle, d'un status post infarctus en 2009 avec pose de stent et d'un status post opération d'un paragangliome en 2012. Son incapacité de travail était de 100 % ; la symptomatologie était trop présente pour qu'une reprise d'activité soit envisageable, même dans un milieu adapté ; on ne pouvait s'attendre à une reprise d'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. Les

capacités de l'assuré de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées.

7. Le 28 avril 2015, la Dre F_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire depuis sa sortie de Belle-Idée le 28 juillet 2014. Comme atteintes à sa santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail étaient mentionnées des idées délirantes bizarres et envahissantes pouvant le rendre angoissé et méfiant et l'empêchant de sortir de chez lui sauf pour venir aux rendez-vous et faire les courses. Il se plaignait aussi de céphalées invalidantes depuis l'opération du paragangliome (à voir avec son généraliste). Il présentait d'autres atteintes à la santé, sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir un diabète insulino-dépendant, une haute tension artérielle, un status post infarctus en 2009 avec pose de stent et un status post opération d'un paragangliome en 2012. Comme limitations, il avait des troubles de la concentration et de l'attention, des difficultés à sortir de chez lui et à interagir avec les autres. Il avait une incapacité de travail justifiée médicalement en tout cas depuis les soins psychiatriques en juillet 2014. Sa capacité de travail était de 0 % tant dans l'activité habituelle (qui n'était plus exercée depuis décembre 2010) que dans toute autre activité.
8. Le 23 juin 2015, la docteure G_____, du service de médecine de premier recours des HUG, a indiqué que l'état de santé de l'assuré était inchangé. Les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail étaient une schizophrénie paranoïde, des douleurs de l'hémiface gauche à caractère neuropathique dans un contexte de status post ablation d'un paragangliome cervical haut et de la partie inférieure du foramen jugulaire gauche avec atteinte des nerfs crâniens VII, IX, X, XI, XII avec paralysie faciale, et des lésions ischémiques corticales subaiguës probablement d'origine embolique.

De nouveaux rapports médicaux des HUG étaient joints à ce rapport, en particulier un rapport de consultation du 17 mars 2015 du service de neurologie, un rapport du 15 septembre 2014 du service de cardiologie et un rapport du 4 février 2015 du service de radiologie.

9. D'après un avis médical du 21 mars 2016 du docteur H_____ du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), faisant référence aux rapports précités de la Dre F_____ des 28 novembre 2014 et 28 avril 2015, l'assuré avait une capacité de travail nulle dans toute activité depuis 2010.
10. Dans une note du 24 mars 2016, l'OAI a relevé qu'il était vraisemblable que sans atteinte à la santé l'assuré exercerait une activité lucrative à 100 % pour subvenir à ses besoins.
11. Par le biais d'un projet de décision du 24 mars 2016, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2014 et de lui refuser des mesures professionnelles, non susceptibles d'améliorer sa capacité de gain. Depuis 2010, début du délai d'attente d'un an, sa capacité de travail était considérablement restreinte. Sans atteinte à la santé, il aurait exercé une activité lucrative à 100 % pour subvenir à ses besoins. L'OAI retenait que son

atteinte à la santé avait entraîné une incapacité de travail totale dans toute activité depuis début 2010. Compte tenu de la tardiveté de la demande de prestations de l'AI, une rente ne pouvait lui être versée que depuis le 1^{er} juin 2014. Il disposait d'un délai de trente jours pour faire valoir ses observations ou demandes de renseignements.

12. Parallèlement, l'OAI a demandé à la CCGC de calculer la rente due à l'assuré dès le 1^{er} juin 2014 vu la tardiveté de la demande mais compte tenu d'une invalidité de 100 % dès le 1^{er} janvier 2011. La CCGC devait attendre de recevoir de l'OAI la motivation de sa décision avant d'effectuer d'éventuelles compensations et de notifier la décision.
13. Le 2 mai 2016, l'OAI a transmis à la CCGC une copie de la motivation de son projet d'acceptation de rente, afin de préparer le calcul de la prestation et de notifier la décision, et il en a informé l'assuré.
14. Deux jours plus tard, le 4 mai 2016, l'OAI a adressé à l'assuré un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant le projet précité du 24 mars 2016, et prévoyant de rejeter sa demande de rente d'invalidité et de lui refuser des mesures professionnelles. Une erreur s'était produite. Son incapacité de travail de longue durée devait être fixée avant son arrivée en Suisse le 16 septembre 2010 ; de plus, il ne remplissait pas la condition de durée minimale de cotisations ; il ne remplissait donc pas les conditions d'assurances requises lors de la survenance du cas d'assurance et la durée des cotisations. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées. Il disposait d'un délai de trente jours pour faire valoir ses observations ou demandes de renseignements.
15. Par courrier du 13 mai 2016, l'assuré a fait part à l'OAI de son désaccord avec ce projet de décision. Son invalidité était due à une atteinte médicale survenue après son arrivée en Suisse. Des éléments plus précis allaient être adressés à l'OAI dans un deuxième temps.
16. Le 3 juin 2016, Me Pierre GABUS s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré, dont il a réitéré l'opposition au projet de décision du 4 mai 2016, et a annoncé des observations plus complètes une fois qu'il aurait pu consulter l'ensemble du dossier.
17. L'OAI a remis audit avocat le dossier de l'assuré sous forme de CD le 7 juin 2016.
18. Par décision datée du 10 juin 2016, télécopiée à cette date-ci et envoyée sous pli recommandé le 13 juin 2016, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, reprenant les termes et conclusions du projet précité de décision du 4 mai 2016. L'OAI estimait que son atteinte à la santé avait entraîné une incapacité de travail totale dans toute activité depuis début 2010 ; l'incapacité de travail de longue durée devait être fixée avant son arrivée en Suisse le 16 septembre 2010, et, en outre, il ne remplissait pas la durée minimale de cotisations ; donc, il ne remplissait pas (et ne remplirait jamais) les conditions d'assurance. Le droit aux prestations devait lui être refusé. Des mesures d'ordre

professionnel n'étaient pas indiquées. Recours pouvait être formé contre cette décision dans les trente jours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

19. Le 23 juin 2016, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 3 juin 2016, et Me Pierre GABUS commis aux fins de sa défense.
20. Par acte du 8 juillet 2016, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales d'un recours contre cette décision du 10 juin 2016, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI ou, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de frais et dépens.

La décision attaquée violait le droit d'être entendu de l'assuré, en tant qu'elle lui avait été notifiée immédiatement après l'envoi du dossier, sans attendre une quelconque réaction de sa part, le privant ainsi de la possibilité de se déterminer après avoir pris connaissance du dossier, de surcroît à la suite d'un revirement total de position.

Ladite décision constituait une violation du devoir d'instruction de la demande de prestations. Tous les médecins estimaient que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité, en raison d'une atteinte à la santé survenue après son entrée en Suisse, sans que l'OAI ne fasse d'investigations à ce propos, comme d'ailleurs sur le second motif de refus, à savoir une prétendue insuffisance de la durée de cotisation, alors que l'assuré avait cotisé plus d'une année en Suisse et plus de huit ans sur le territoire européen.

La décision attaquée violait la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20). En application de l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP - RS 0.142.112.681), il fallait prendre en compte que l'assuré avait cotisé plus d'une année en Suisse (deux ans et neuf mois) et plus de huit années en France. De plus, concernant la survenance de l'invalidité, l'atteinte à la santé tant psychique que physique de l'assuré était apparue postérieurement à son arrivée en Suisse. Le premier élément de décompensation psychique datait de l'été 2014 ; aucun trouble psychique invalidant ne préexistait, n'ayant pas été diagnostiqué par la Dre D_____ dans son rapport du 15 juillet 2013. Quant à la paralysie faciale et à la parésie du nerf hypoglosse, associées à des douleurs invalidantes, elles résultaient de complications consécutives à une intervention chirurgicale de 2012. La cardiopathie ischémique survenue en 2013, après une interruption notable de plus d'une année, devait être considérée comme un nouveau cas d'assurance.

21. Par mémoire du 8 août 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Les conditions d'assurance devaient être remplies lors de la survenance de l'invalidité.

L'assuré présentait déjà en 2010, avant son arrivée en Suisse, une incapacité de travail totale en raison d'un diagnostic de schizophrénie paranoïde, ainsi que l'attestaient des rapports médicaux figurant au dossier, en particulier une lettre de

sortie des HUG du 11 août 2014 des docteurs J_____ et K_____, et le rapport de la Dre F_____ du 28 novembre 2014.

L'assuré ne satisfaisait pas à l'exigence d'une année entière de cotisation en Suisse avant la survenance de l'invalidité ; or, lorsque la durée minimale de cotisation de trois ans n'était pas remplie au moyen des périodes d'assurance suisses mais seulement grâce à celles accomplies dans un État de l'Union européenne (ci-après : EU) ou de l'Association européenne de libre échange (ci-après : AELE) pour des citoyens suisses ou de ces États, aucune rente ordinaire de l'AI ne pouvait être versée lorsque la durée de cotisation en Suisse était inférieure à une année.

22. Dans un mémoire du 29 septembre 2016, l'assuré a relevé que l'OAI ne contestait pas qu'il souffrait de trois pathologies dont chacune était totalement invalidante, à savoir une schizophrénie paranoïde de type F20.0, des douleurs intenses et invalidantes de l'hémiface gauche à caractère neuropathique, associées à une paralysie faciale et une parésie du nerf hypoglosse, compliquées d'une lésion des nerfs crâniens VII et XII, ainsi que d'une cardiopathie ischémique, mais l'OAI prétendait à tort que ces pathologies seraient apparues avant son arrivée en Suisse le 16 septembre 2010, d'une part, et qu'il n'aurait pas cotisé durant une année entière en Suisse avant la survenance de l'invalidité, d'autre part.

D'après un certificat médical complémentaire du 20 septembre 2016 de la Dre C_____ (annexé audit mémoire), les idées paranoïaques survenues en 2010 n'empêchaient alors pas l'assuré de fonctionner ; sa schizophrénie paranoïde avait été diagnostiquée lors d'une hospitalisation volontaire en juillet 2014. Selon le même certificat médical, les céphalées dont l'assuré souffrait de longue date avaient largement empiré depuis la résection d'un paragangliome, l'assuré souffrant depuis lors de douleurs de l'hémiface gauche quotidiennes, qui survenaient brutalement, sous forme de brûlures, d'intensité maximale, et ne répondaient pas à différents traitements de la douleur neuropathique ; de plus, ladite résection s'était compliquée d'une lésion des nerfs crâniens VII et XII, la symptomatologie et la chronologie présentée par l'assuré étant congruente avec une lésion opératoire du nerf trijumeau.

L'OAI prétendait que l'assuré n'avait pas cotisé en Suisse une année entière avant la survenance de son invalidité, alors que l'extrait de son compte individuel faisait état de plus de trente-trois mois consécutifs de cotisations depuis son arrivée en Suisse, jusqu'à décembre 2012.

23. En réponse à cette écriture de l'assuré, l'OAI a persisté dans les termes et conclusions de sa réponse au recours, en transmettant à la chambre des assurances sociales un avis médical du SMR du 25 octobre 2016, auquel il se ralliait.

À teneur de cet avis médical du Dr H_____, toutes les atteintes à la santé qui étaient incapacitantes l'étaient déjà avant l'arrivée en Suisse de l'assuré. Le 11 mars 2013, les cardiologues avaient précisé que le bilan cardiologique ne montrait pas de récurrence ischémique et confirmaient que l'IRM cardiaque du 5 mars 2013 était identique à celle du 11 février 2012 (ne montrant pas de nouvelle lésion

ischémique) ; la fonction ventriculaire était donc restée normale, comme en avril 2012, ne pouvant justifier d'incapacité de travail. La Dre C_____ confirmait que les douleurs faciales étaient présentes depuis de longues années, bien avant que soit posé le diagnostic de paragangliome, et, dans son rapport du 13 janvier 2014, elle n'avait retenu comme diagnostic incapacitant que le trouble délirant, la cardiopathie et le diabète, mais pas l'atteinte faciale (considérée comme non invalidante), indiquant que l'assuré n'arrivait à fonctionner que pour les activités de la vie quotidienne simple, soit pas pour une activité professionnelle. D'après la lettre de sortie du service de psychiatrie des HUG après l'hospitalisation du 16 au 28 juillet 2014, les médecins faisaient mention d'un trouble psychotique de longue date et confirmaient que les idées délirantes étaient présentes au début de l'âge adulte dans son pays d'origine, dépeignant des idées délirantes ne permettant à l'époque aucune activité professionnelle. La Dre F_____, dans son rapport du 28 novembre 2014, confirmait l'importance de ces troubles déjà au début de la prise en charge de l'assuré, à l'arrivée en Suisse.

24. Dans des observations du 30 novembre 2016, l'assuré a estimé que l'OAI ne contestait plus qu'il disposait des années de cotisations suffisantes en Suisse ouvrant le droit à une rente d'invalidité, si bien que seule demeurait litigieuse la date de survenance de l'invalidité, devant être fixée indépendamment pour chacune des trois pathologies invalidantes, ce que l'OAI ne faisait pas, ne disposant pas des documents médicaux indispensables à cette fin. La Dre C_____ avait attesté qu'en 2010 les idées paranoïaques de l'assuré n'étaient pas invalidantes et que le diagnostic de schizophrénie paranoïaque avait été posé en juillet 2014. Le SMR déformait l'avis dudit médecin s'agissant du moment à partir duquel les douleurs faciales de l'assuré étaient invalidantes, soit en 2012. Le nouvel épisode de cardiopathie ischémique de l'assuré remontait à 2013, après une interruption notable de plusieurs années. La Dre C_____ pouvait au besoin être entendue.
25. Cette écriture a été transmise en copie à l'OAI le 2 décembre 2016.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 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 prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI.
- b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A

LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI).

Le recours, interjeté le 8 juillet 2016 contre la décision litigieuse du 10 juin 2016, a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGGA).

Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Touché par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGGA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. a. Le premier grief que soulève le recourant à l'encontre de la décision attaquée est que l'intimé la lui a notifiée alors que son avocat venait de recevoir le dossier mais n'avait pas encore pu se déterminer sur le projet annoncé ainsi qu'il avait pourtant dit vouloir le faire.

b. Selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), les parties à une procédure administrative ou judiciaire ont le droit d'être entendues. L'art. 42 phr. 1 PLGA le répète dans le domaine des assurances sociales. De ce droit se déduit notamment celui de tout justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 604/01 du 13 août 2002 consid. 2a/aa ; ATAS/431/2017 du 30 mai 2017 consid. 2 ; ATAS/343/2017 du 2 mai 2017 consid. 6 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]. Commentaire thématique, 2011, n. 3182 ss).

En matière d'AI, l'art. 57a al. 1 phr. 1 LAI prévoit que l'office AI doit communiquer à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. Cette procédure de préavis tend à concrétiser le droit d'être entendu de l'assuré, auquel ladite disposition, à sa phr. 2, fait d'ailleurs explicitement référence. Elle vise à instaurer un dialogue direct avec l'assuré afin de garantir que les faits soient établis correctement et, le cas échéant, d'expliquer les motifs pour lesquels l'office AI prévoit de rendre une décision négative ou différentes des conclusions de l'assuré. L'art. 73ter al. 1 et 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) prévoit que les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours, par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel (l'office AI devant, dans ce cas-ci, établir un procès-verbal sommaire), délai qualifié de non prorogeable (Michel VALTERIO, op. cit., n. 2954 ss).

c. L'omission d'envoyer un préavis à l'assuré et de lui accorder trente jours pour prendre position constitue une violation du droit d'être entendu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_577/2008 du 7 novembre 2008 consid. 4.6). Dans la mesure où l'accès au dossier constitue un préalable le plus souvent indispensable à un exercice effectif du droit d'être entendu que vise à faire respecter la procédure de préavis, la question pourrait se poser de savoir si le *dies a quo* du délai de trente jours pour prendre position sur le projet de décision ne devrait pas être reporté au jour de la communication du dossier, pour autant que celle-ci ait été requise avec diligence.

Par ailleurs, compte tenu de la finalité de la procédure de préavis, il appert que l'office AI ne saurait être tenu de rendre une décision formelle à l'échéance dudit délai dans la mesure où l'assuré fait valoir ou annonce de façon crédible qu'il va produire des éléments justifiant que l'instruction du dossier soit reprise et approfondie. L'ouverture de la procédure de préavis ne doit pas permettre à l'office AI de se soustraire à son devoir, en application de la maxime inquisitoire régissant la procédure en matière d'assurances sociales, d'établir d'office – et donc aussi à la suite d'une demande pertinente de l'assuré faite par exemple dans le cadre de la procédure de préavis – les faits déterminants, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective, même s'il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties (art. 43 et 61 let. c LPGa; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 2623 et 2862 ss).

d. En l'espèce, eu égard à l'issue devant être donnée au recours, la question peut être laissée ouverte de savoir si l'intimé a violé le droit d'être entendu du recourant en lui notifiant la décision attaquée, certes à l'issue du délai de trente jours à compter de la communication de son projet de décision du 4 mai 2016 (annulant celui du 24 mars 2016, confirmé encore le 2 mai 2016), par un fax du 10 juin 2016 et un recommandé du 13 juin 2016, alors qu'il venait, par un courrier du 7 juin 2016, d'envoyer le dossier sous forme d'un CD à son avocat, en réponse à une demande de ce dernier du 3 juin 2016, et si cette violation, eu égard à la nature formelle du droit d'être entendu, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond.

3. L'intimé a nié au recourant, ressortissant français s'étant domicilié en Suisse et y ayant acquis sa résidence habituelle le 16 septembre 2010, le droit à une rente ordinaire d'invalidité du fait que, selon lui, il était invalide pour des motifs psychiques déjà lors de son entrée en Suisse, d'une part, et qu'en tout état il ne totalisait pas la durée minimale requise de cotisations lors de la survenance de l'invalidité, d'autre part, et qu'ainsi il ne remplissait pas, à un double titre, les conditions d'assurance. Il lui a aussi nié le droit à des mesures professionnelles, mais ce point n'est pas contesté et n'apparaît pas contestable compte tenu des atteintes à la santé du recourant et des avis médicaux convergents excluant, actuellement, que la capacité de travail de ce dernier, nulle dans toute activité,

puisse être rétablie ou améliorée un tant soit peu significativement par des mesures de réadaptation.

4. a. L'art. 6 al. 2 LAI prévoit, au titre des conditions générales du droit aux prestations de l'AI, que les étrangers y ont droit, sous réserve de l'art. 9 al. 3 (concernant les mesures de réadaptation), aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse, aucune prestation n'étant au surplus allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse. Pour les rentes ordinaires d'invalidité, l'art. 36 al. 1 LAI – qui s'applique au demeurant tant aux Suisses qu'aux étrangers et aux apatrides – stipule cependant qu'y ont droit les assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent trois années au moins de cotisations. Dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit aux rentes ordinaires appartenait aux assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptaient une année entière au moins de cotisations ; dès le 1^{er} janvier 2008, date d'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI du 6 octobre 2006 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), cette durée a été portée à trois ans.

b. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la durée minimale de cotisation lors de la survenance de l'invalidité, il y a lieu d'appliquer celle de trois ans pour toutes les nouvelles rentes d'invalidité pour lesquelles la survenance de l'invalidité est intervenue à compter du 1^{er} janvier 2008, et celle de un an pour les nouvelles rentes d'invalidité déduites d'une survenance d'invalidité antérieure à cette date-ci (ATAS/786/2016 du 4 octobre 2016 consid. 2c ; ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 6 ; ch. 3003 de la Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI/PC [CIBIL] ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1231).

c. Pour les ressortissants suisses et ceux des États de l'UE et de l'AELE (Islande, Liechtenstein, Norvège), l'examen de la durée minimale de cotisation dans l'AI peut impliquer la prise en compte des périodes de cotisations accomplies dans l'un ou plusieurs de ces États. Il faut commencer par vérifier si la durée minimale de cotisation de trois ans est remplie au moyen des périodes d'assurance suisses (la durée de trois années entières étant réputée remplie si la personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de 2 ans et 11 mois) ; si cette durée minimale n'est pas remplie au moyen des périodes d'assurance suisses, il faut tenir compte des périodes de cotisations accomplies dans les États de l'UE ou de l'AELE, mais il faut que la durée de cotisation en Suisse soit au moins d'une année pour qu'une rente ordinaire d'invalidité puisse être octroyée (ch. 3005 CIBIL).

5. a. La condition de la durée minimale de cotisation ouvrant droit à la rente doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité (ch. 3004 CIBIL). Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'intéressé ; il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et il ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance (ATF 126 V 157 consid. 3a ; 118 V 79 consid. 3a et les références ; 103 V 130 ; ATAS/212/2011 du 21 février 2011 consid. 6c ; ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 9 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1232). La survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est ainsi réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], n. 1028).

b. La LAI ne repose pas sur une notion uniforme du cas d'assurance. Celui-ci doit être envisagé et déterminé par rapport à chaque prestation entrant concrètement en ligne de compte (« System des leistungsspezifischen Versicherungsfalles »). Il faut examiner pour chaque prestation pouvant entrer en considération selon les circonstances, au sens de l'art. 4 al. 2 LAI, quand l'atteinte à la santé est susceptible, de par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 consid. 6.1 ; 126 V 241 consid. 4 ; ATAS/220/2015 du 24 mars 2015 consid. 8b ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1234).

S'agissant d'une rente, l'invalidité est réputée survenue au moment où le droit à la rente prend naissance, c'est-à-dire au moment où – à teneur de l'actuel art. 28 al. 1 LAI (cf. art. 29 al. 1 aLAI) – l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne depuis une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année son incapacité de travail a perduré à 40 % au moins, les conditions supplémentaires conditionnant le droit à la rente prévues par l'art. 29 LAI restant réservées (Michel VALTERIO, op. cit., n. 1237 ; CIIAI, n. 1029).

L'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance. En revanche, l'apparition d'une atteinte à la santé complètement différente de l'atteinte initiale peut faire survenir un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 ; CIIAI, n. 1028.1). Le principe de l'unité du cas d'assurance n'est pas absolu ; il cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou lorsque l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les différentes phases, qui deviennent autant de cas nouveaux de survenance d'invalidité (ATF 136 V 369 ; 126 V 10 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 54/03 du 13 janvier 2004 consid. 3 ; ATAS/212/2011 du 21 février 2011 consid. 6c ; Michel VALTERIO,

op.cit., n. 1235). Comme le Tribunal fédéral l'a rappelé dans un arrêt du 9C_36/2015 du 29 avril 2015 (consid. 5.2), en faisant référence à un arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 65/66 du 27 juillet 1966, la jurisprudence admet de longue date que si la personne assurée ne remplissait pas à un moment donné les conditions du droit à une prestation, il n'en découlait pas qu'elle se verrait dans tous les cas et à tout jamais privée du bénéfice de l'octroi de toute prestation, car il pouvait tout d'abord se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînaient autant de survenances successives de l'invalidité, et même une seule et même cause d'invalidité pouvait entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Un nouveau cas d'assurance peut survenir même si une première atteinte à la santé est toujours présente et cause une incapacité de travail lorsqu'une nouvelle atteinte à la santé totalement distincte apparaît (arrêts du Tribunal fédéral 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2 ; 9C_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2 ; 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1).

6. a. Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, mais aussi sur la survenance d'une invalidité, que l'administration ou, sur recours, le juge disposent de documents de médecins, éventuellement d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement de telles preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGa). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 78).

Quant au degré de preuve requis, 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 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

b. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux.

b/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des

observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

b/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

7. a. En l'espèce, il y a lieu de déterminer si le recourant est devenu invalide, pour l'une ou l'autre des pathologies le cas échéant distinctes évoquées, alors qu'il avait cotisé en Suisse à l'AI depuis au moins une année, étant précisé que si la durée minimale de cotisation devant s'appliquer était de trois ans parce que l'invalidité considérée serait survenue après le 31 décembre 2007 on ne saurait exclure, en l'état du dossier, qu'il puisse compléter les périodes d'assurance suisses par des périodes de cotisations accomplies dans un État de l'UE ou de l'AELE (en

particulier en France, où il indique avoir cotisé durant plus de huit années). L'intimé n'a nullement instruit le dossier sur cette question, ni ne s'est prononcé sur le fait qu'à teneur de l'extrait de compte individuel figurant au dossier, le recourant a cotisé en Suisse, certes pour de très faibles revenus (sauf de septembre à décembre 2010), d'août 2010 à décembre 2012, soit durant deux ans et cinq mois (et non deux ans et neuf mois comme le prétend le recourant). Comme le recourant s'est installé en Suisse le 16 septembre 2010, il ne serait possible, en l'état du dossier, de lui refuser tout droit à une rente d'invalidité que pour des invalidités survenues avant le 16 septembre 2011.

b. Le recourant prétend qu'il souffre de trois pathologies invalidantes distinctes, à savoir une schizophrénie paranoïde, des douleurs intenses de l'hémiface gauche à caractère neuropathique associées à une paralysie faciale et parésie du nerf hypoglosse et compliquées d'une lésion des nerfs crâniens VII et XII, et une cardiopathie ischémique, et il estime que la survenance d'une invalidité pour ces pathologies remonterait respectivement à juillet 2014 pour la première, en février 2012 pour la seconde et, compte tenu d'une interruption notable de ses problèmes cardiaques, en 2013 pour la troisième.

Il n'est pas contesté que le recourant a rencontré des problèmes relevant des trois domaines médicaux considérés avant la date déterminante précitée du 16 septembre 2011. Cela ne signifie cependant pas qu'une invalidité ouvrant le droit à une rente d'invalidité était déjà survenue avant cette date-ci, autrement dit qu'en raison desdites pathologies prises pour elles-mêmes dans la mesure où elles seraient totalement distinctes, le recourant avait présenté avant ladite date une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne depuis une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année son incapacité de travail perdurait à 40 % au moins.

L'intimé n'a pas examiné attentivement si tel était ou non le cas, se bornant – lors de son revirement de position consécutif à sa prise de conscience de la question des conditions d'assurance, survenue entre le 2 et le 4 mai 2016 – à affirmer que l'incapacité de travail de longue durée du recourant devait être fixée avant l'arrivée en Suisse de ce dernier le 16 septembre 2010. Jusque-là, d'autant plus que le recourant ne pourrait prétendre à une rente d'invalidité jamais que depuis le 1^{er} juin 2014 eu égard à la tardiveté du dépôt de sa demande de prestations (intervenu le 11 décembre 2013), soit six mois plus tard (art. 29 al. 1 LAI), l'intimé s'est fondé sur l'unique avis médical du SMR du 21 mars 2016, ne faisant référence qu'au diagnostic de schizophrénie paranoïde retenu par la Dre F_____ dans ses rapports des 28 novembre 2014 et 28 avril 2014, et il a considéré que la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité depuis 2010. Cet avis médical était très sommaire, ne comportant pas même une synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, selon la vocation à laquelle de tels rapports doivent répondre. Ce n'est que le 25 octobre 2016, au cours de la procédure contentieuse, au stade d'une écriture valant duplique, que le SMR a émis un avis médical un peu plus circonstancié, mais ne répondant pas à toutes les questions pertinentes.

Pour se prononcer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité (sans doute dès le 1^{er} juin 2014), soit plus particulièrement sur la question de la réalisation des conditions d'assurance, il importe en l'espèce que soit déterminé quelles pathologies dont souffre le recourant sont ou ont été invalidantes, si elles sont bien distinctes les unes des autres (s'il y en a plusieurs qui soient invalidantes), depuis quand elles ont été invalidantes, autrement dit, sur ce dernier point décisif, si et depuis quand elles entraînaient une incapacité de travail d'au moins 40 % pendant une année au-delà de laquelle une telle incapacité de travail minimale perdurait, ce au degré de vraisemblance prépondérante.

8. a. Dans un rapport du 13 janvier 2014, la Dre C_____ citait, comme ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant, trois pathologies, à savoir un (à l'époque) probable trouble délirant avec idées paranoïaques (depuis une date inconnue), une cardiopathie ischémique (depuis 2009) et un diabète insulino-requérant de type 2 (depuis 2002), et, sans effet sur ladite capacité, une paralysie faciale. Compte tenu de son affectation à la médecine communautaire et des premiers recours des HUG, elle a mis l'accent sur la situation psychiatrique du recourant, apparaissant faire obstacle à elle seule à l'exercice d'une activité lucrative.

Le rapport du 15 juillet 2013 de la Dre D_____ du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, n'évoque pas même une pathologie psychiatrique, se concentrant principalement sur les céphalées du recourant, soit ses douleurs de l'hémiface gauche dans le contexte – faut-il souligner – de status post ablation d'un paragangliome compliqué d'une paralysie faciale et du nerf hypoglosse. Le recourant avait certes des céphalées « depuis des années », mais celles-ci avaient empiré depuis la résection, en février 2012, du paragangliome découvert « après son arrivée en Suisse », opération s'étant compliquée d'une paralysie faciale et d'une parésie du nerf hypoglosse. Ledit médecin évoque simplement au passage la cardiopathie ischémique et le diabète du recourant, qui était suivi pour ces pathologies, et mentionne que le recourant était sans travail « depuis 2012 ».

Le rapport de consultation ambulatoire de cardiologie des HUG du 26 février 2013 mentionne d'importantes interventions relevant de la cardiologie remontant à 2009 et 2012, et fait état de douleurs thoraciques oppressives continues « dès la mi-janvier 2013 », présentées comme une récurrence d'angor sur une maladie coronarienne de trois vaisseaux. Dans un rapport subséquent du 11 mars 2013, le même service indiquait que le recourant n'avait plus présenté de franche douleur thoracique depuis février 2013, et une IRM du 5 mars 2013 excluait la présence d'une ischémie myocardique.

- b. Si le recourant a présenté des céphalées antérieurement à l'opération qu'il a subie le 13 février 2012 pour la résection de son paragangliome, il est patent, au vu du dossier (dont les rapports du service de neurochirurgie des HUG versés au dossier le 9 avril 2014), que cette opération marque un tournant dans l'évolution, négative, de la pathologie considérée du recourant.

c. La lettre de sortie du 11 août 2014 d'une unité hospitalière du service de psychiatrie générale des HUG fait état d'éléments anamnestiques ayant amené les psychiatres à émettre l'hypothèse, compte tenu des idées délirantes et des hallucinations (auditives et visuelles) relatées par le recourant, que ce dernier présentait un trouble psychotique de longue date, dès le début de l'âge adulte, mais lesdits médecins ont relevé que ses troubles avaient été en péjoration « depuis mai 2014 », de façon encore plus importante dans les jours ayant précédé son hospitalisation volontaire en juillet 2014.

Les avis exprimés par la psychiatre F_____ les 28 novembre 2014 et 28 avril 2015 n'éclairent pas davantage l'historique de la pathologie psychiatrique du recourant, l'incapacité totale de travail qu'elle engendrait paraissant exprimée de façon contemporaine. Ledit médecin mentionne les autres diagnostics posés (le diabète insulino-dépendant, la haute tension artérielle, les problèmes cardiaques, le status post opération du paragangliome) comme étant sans effet sur la capacité de travail du recourant, en précisant cependant, s'agissant du dernier cité (donc des céphalées depuis l'opération du paragangliome) qu'il fallait voir avec le généraliste du recourant.

d. La Dre G_____, dans son rapport du 23 juin 2015, se limite essentiellement à citer les diagnostics ayant alors actuellement une influence sur la capacité de travail du recourant.

e. Dans son rapport du 20 septembre 2016, la Dre C_____ relève que les idées paranoïaques que le recourant avait en 2010 n'empêchait pas ce dernier de fonctionner et que sa schizophrénie paranoïde avait été diagnostiquée en juillet 2014. Elle souligne aussi que si le recourant souffrait de longue date de céphalées, celles-ci avaient largement empiré depuis la résection d'un paragangliome, décrivant des douleurs de l'hémiface gauches quotidiennes, survenant brutalement, sous forme de brûlures, d'intensité maximale et ne répondant pas aux traitements de la douleur neuroleptique, et elle rappelle que ladite résection s'était compliquée d'une lésion des nerfs crâniens VII et XII.

9. a. Les avis médicaux figurant au dossier ne permettent pas de répondre aux questions déterminantes évoquées ci-dessus au considérant 7b in fine, s'agissant à tout le moins de deux des pathologies présentées par le recourant, à savoir la schizophrénie paranoïde et les douleurs intenses de l'hémiface gauche à caractère neuroleptique associées à une paralysie faciale et une parésie du nerf hypoglosse et compliquées d'une lésion des nerfs crâniens VII et XII. S'agissant d'une problématique cardiologique, il apparaît que les interventions les plus importantes remontent à 2009 et que – ainsi que l'avance le recourant lui-même – il y a eu par la suite interruption notable d'une incapacité de travail liée à ce type de problèmes, mais aussi qu'après avoir évoqué une récurrence d'angor sur une maladie coronarienne survenue à la mi-janvier 2013, les cardiologues ont précisé – ainsi que le SMR l'a relevé dans son avis médical du 25 octobre 2016 – que le bilan cardiologique effectué ne montrait pas de récurrence ischémique et que l'IRM

cardiaque du 5 mars 2013 état identique à celle du 11 février 2012 (ne montrant pas de nouvelle lésion ischémique).

La chambre de céans n'affirme nullement que les pathologies précitées ont engendré une invalidité dont la date de survenance, au sens juridique du terme, serait postérieure au 15 septembre 2011, mais force lui est de retenir que les questions pertinentes à cet égard ne trouvent pas de réponse convaincante dans le dossier, faute déjà d'avoir été posées et examinées d'une façon suffisamment fouillée (pour chacune des pathologies entrant en considération), même s'il apparaît possible que seules des réponses données en termes de vraisemblance prépondérante peuvent être fournies en tant qu'il s'agit au moins pour partie d'apprécier des situations rétroactivement sur des périodes pour lesquelles des rapports médicaux fiables ne sont probablement pas disponibles.

b. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). Le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2).

En l'espèce, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé

10. Le recours sera admis partiellement (et non entièrement, en tant qu'il n'est pas dit que le recourant a droit à des prestations de l'AI), la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis décision sur la demande de prestations présentée par le recourant.
11. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1^{er} juillet 2006, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au minimum de CHF 200.-.
12. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, respectivement à l'assistance juridique (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), indemnité qui sera arrêtée à CHF 800.-. Le bénéfice de l'assistance juridique n'implique pas qu'une

telle indemnité ne doit pas être allouée ; elle est prise en compte par le service de l'assistance juridique, qui en a automatiquement connaissance au moment où il traite l'état de frais que lui adresse le moment venu l'avocat nommé d'office.

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 10 juin 2016.
4. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
6. Alloue à Monsieur A_____ une indemnité de procédure de CHF 800.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
7. 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

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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