

FR_GERICHTE 608 2019 316 vom 8. Juni 2020

FR Kantonsgericht, 2020-06-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_316

FR: FR_GERICHTE 608 2019 316 du 8 juin 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 316 del 8 giugno 2020

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1).

E. 2.2

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9

E. 3.1

Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. En effet, d'après l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d).

E. 3.2

Dans le cadre d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (actuellement 87 al. 3 RAI) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b). Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale (cf. arrêts TF 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis

médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (arrêt TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et les références citées). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est – par application analogique des règles régissant la révision de l'art. 17 LPGA – la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3).

E. 4

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la recourante a établi de manière plausible une éventuelle modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits, conformément à l'art. 87 al. 2 RAI. Afin de pouvoir trancher ce point, il y a lieu d'examiner comment son état de santé a évolué depuis la dernière décision matérielle et celle ici litigieuse du 3 décembre 2019.

E. 4.1

En l'occurrence, la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente est celle qui a été rendue par l'OAI le 2 novembre 2018. Dans un rapport du 17 mai 2018, le Dr C. _____, généraliste traitant, évoque certes l'incapacité liée à une fracture de la cheville droite (100% dès le 13 décembre 2017, puis 50% du 21 mars au 15 avril 2018). Globalement, il confirme toutefois la poursuite d'une incapacité de travail de 40%, liée à une évolution dépressive chronique ainsi qu'à un état de fatigue chronique séquellaire à l'affection oncologique. Il relève la présence de "troubles dysthymiques dépressifs en partie réactionnels à cet arrêt de travail, à la fracture de la cheville D, un état d'épuisement en partie lié à l'accompagnement de son père, malade, en chaise roulante, hémophile". Selon lui, "la capacité de travail actuelle (60% d'un plein temps) peut et doit être maintenue. Elle ne peut pas être augmentée, cela comporterait pour la patiente un risque évident de surcharge et de décompensation. L'activité professionnelle participe néanmoins au maintien de la santé de la patiente". Le généraliste estime "peu probable que la patiente ait les ressources pour assumer sur du long terme une activité d'enseignante au-delà de 60%". De son côté, dans un rapport du 2 juillet 2018, la Dre D. _____, psychiatre traitante depuis le début avril 2018, relève d'emblée que l'état de la patiente ne justifie pas un traitement intensif, elle confirme la capacité de travail de 60% dans l'activité d'enseignante. A l'anamnèse, l'assurée signale notamment bénéficier d'un quart de rente et travailler à 60% en tant qu'enseignante spécialisée. Le motif de la consultation découle avant tout de l'hypersensibilité émotionnelle de cette dernière, qui "se défend de souffrir actuellement de dépression et n'évoque pas de symptômes de la lignée anxieuse, dépressive ou psychotique". La psychiatre ne retient aucun diagnostic psychiatrique pouvant influencer la capacité de travail, évoquant tout au plus des troubles de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), actuellement en phase de rémission. Elle confirme en substance une capacité de travail de 60% dans l'activité habituelle.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 Dans un rapport du 10 octobre 2018, le Dr C. _____ indique que la capacité de travail de l'assurée "est actuellement entamée au plan de sa santé, il est à craindre qu'elle soit durablement compromise si rien n'est entrepris pour maintenir sa capacité de travail restante qui est actuellement de 68% (19 unités sur 28 de temps effectif avec les élèves)". C'est sur cette base que le droit de l'assurée à une rente d'invalidité a été supprimé par décision du 2 novembre 2018, laquelle a été confirmée sur recours par l'Instance de céans.

E. 4.2

A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante a produit différents documents médicaux, dont certains remontent au début des années 2000 et dont il n'y a pas lieu de tenir compte ici. Le solde consiste en de brefs certificats médicaux établis par son généraliste et par sa psychiatre traitants, attestant des périodes d'incapacité de travail suivantes: - Incapacité totale du 12 au 28 octobre 2018, puis reprise à 50%. - Incapacité à 50% dès le 11 décembre 2018, puis totale du 18 au 30 décembre 2018. - Incapacité totale du 11 février au 22 février 2019. - Incapacité totale du 26 avril au 19 mai 2019, à 50% du 20 au 27 mai 2019 puis capacité entière dès le 28 mai 2019. Dans le cadre de ses objections, la recourante a remis deux rapports supplémentaires: - Le premier établi le 23 septembre 2019 par la Dre D. _____, psychiatre traitante, laquelle atteste d'une aggravation progressive de l'état psychique de sa patiente, la conduisant à poser le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.3). "Cet état anxio-dépressif est à mettre en rapport avec plusieurs facteurs de stress, dont principalement celui d'une fatigue chronique engendrée par les traitements et le cancer dont a souffert cette patiente, ainsi que par d'autres facteurs de stress tels qu'une surcharge professionnelle et le deuil de la maternité". Décrivant ensuite les manifestations dudit diagnostic, elle relève qu'il a engendré différentes périodes d'incapacité de travail, attestées par elle-même et par le généraliste traitant. Elle termine en attestant une incapacité totale à partir du 17 septembre 2019, pour une durée indéterminée et ajoute avoir proposé à l'assurée un traitement plus intensif (prise en charge en clinique de jour). - Le second établi le 24 septembre 2019 par le Dr C. _____, généraliste traitant, rappelle tout d'abord le contexte préalable, à savoir le fait que sa patiente avait accepté d'augmenter son temps de travail contrairement à l'avis médical, ce qui a conduit à la suppression du quart de rente dont elle bénéficiait jusqu'alors. Il poursuit en confirmant le fait que celle-ci, "ne doit et ne peut pas dépasser un 60% de travail", en raison de ses antécédents et de sa fragilité psychique. "La baisse de la capacité de travail est due exclusivement à l'atteinte à la santé et est à mettre sur le compte d'une aggravation de l'état de fatigue chronique auquel fait face l'assurée depuis de nombreuses années. De ce fait, il existe présentement un état dépressif réactionnel face au constat par l'intéressée de son incapacité à récupérer une capacité de travail suffisante lui permettant d'assumer un 67.86% malgré les efforts consentis et le constat d'une perte objective de sa capacité de gain". Il mentionne également les démarches entamées par l'employeur en vue d'une détection précoce ainsi que les conséquences du cancer, survenu au début des années 2000, ayant justifié un lourd traitement et provoqué une ménopause précoce. Il rappelle enfin les différents arrêts de travail qu'il a prescrits en 2018 et 2019, en signalant que lesdits arrêts sont gérés depuis mai 2019 par la psychiatre traitante.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 Dans un rapport du 8 novembre 2019, le Dr E. _____, généraliste auprès du SMR, se demande d'emblée si l'aggravation alléguée est le résultat d'une atteinte à la santé ou si elle découle plutôt de la décision de suppression de rente par

l'OAI. Ce doute est entretenu par le fait que le généraliste traitant remet en cause, dans son dernier rapport, le choix de l'assurée d'augmenter son taux d'activité contre l'avis médical alors que, dans son rapport du 10 octobre 2018, il attestait d'une capacité plus haute, correspondant au vœu de cette dernière. S'agissant du rapport de la Dresse D. _____, le généraliste SMR note que le fait de poser un nouveau diagnostic n'implique pas forcément une incapacité de travail durable et qu'il importe d'évaluer les limitations fonctionnelles, dont elle ne fait pas mention. Il constate en outre que la situation générale (troubles, plaintes) est toujours la même et que plusieurs facteurs extra-médicaux sont évoqués. Il considère que les plaintes ne suffisent pas à elles seules, tout en signalant l'absence de traitement médicamenteux et le fait qu'une prise en charge en clinique de jour, pourtant suggérée par la psychiatre traitante, ne semble pas avoir été entamée. Il en conclut que les éléments objectifs sont insuffisants pour justifier une nouvelle instruction.

E. 4.3

Appelée à statuer, la Cour rappelle d'emblée que la démonstration de la présence d'une aggravation ne doit pas être prouvée, mais seulement rendue plausible par l'assurée. Cela étant, elle ajoute que le contexte précédant la nouvelle demande est essentiel en l'espèce. Il ressort du dossier constitué que l'assurée a assumé un taux d'activité un peu plus élevé à partir de la rentrée scolaire de 2016, induisant une augmentation correspondante de son salaire. Si ce changement semble dans un premier temps s'être déroulé sans encombre, il apparaît néanmoins qu'il a graduellement posé problème. Cela ressort notamment des différentes périodes d'arrêt de travail, total ou partiel, attestées par les médecins traitants à partir d'octobre 2018, qui corroborent les explications de l'assurée quant à ses difficultés à assumer sur le long terme cette charge de travail supplémentaire. On précise que l'on ne tient pas compte ici de l'incapacité de travail survenue de décembre 2017 à avril 2018, découlant d'un accident au pied et donc sans rapport direct avec la problématique actuelle. Jusqu'à la fin 2018, la situation était encore relativement sous contrôle, dès lors qu'il ne s'agissait que de brèves périodes d'incapacité, qui plus est influencées par d'autres facteurs (cf. consid. 3.4 de l'arrêt rendu le 15 mai 2019 par la Cour de céans dans la cause 608 2018 319). Il convient en revanche d'admettre que la situation s'est modifiée, notamment avec de nouvelles périodes d'incapacité de travail intervenues dans le courant de l'année 2019, mais surtout avec l'attestation, par la psychiatre traitante, d'une incapacité totale de durée indéterminée à partir du 17 septembre 2019, en raison d'une aggravation de l'état psychique de sa patiente. Même si son dernier rapport ne fait pas état de diagnostics à proprement parler nouveaux ni ne fournit de détails sur le traitement, on ne saurait d'emblée en conclure, comme le fait le médecin SMR, à l'absence d'aggravation. Ce rapport indique au contraire que la situation de sa patiente s'est lentement, mais sûrement détériorée, pour aboutir à une incapacité totale à partir de la mi- septembre 2019. La psychiatre traitante en explique l'origine par plusieurs facteurs de stress, "principalement celui d'une fatigue chronique engendrée par les traitements et le cancer dont a souffert cette patiente, ainsi [...] qu'une surcharge professionnelle et le deuil de la maternité". Le généraliste traitant abonde en ce sens, en mettant en exergue "une aggravation de l'état de fatigue chronique auquel fait face l'assurée depuis de nombreuses années" ainsi qu'"un état dépressif réactionnel face au constat par l'intéressée de son incapacité à récupérer une capacité de travail suffisante lui permettant d'assumer un 67.86% malgré les efforts consentis et le constat d'une perte objective de sa capacité de gain". La position de ce dernier n'est pas aussi contradictoire que

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 le médecin SMR tend à le faire croire: dans son rapport du 10 octobre 2018 (cf. supra consid. 4.1), auquel le Dr E. _____ fait référence, le Dr C. _____ alertait en effet sur le risque que le taux d'activité auquel sa patiente œuvrait alors faisait courir à sa santé. Loin de donner un blanc-seing à la poursuite de cette activité (i.e. à plus de 60%), celui-ci confirmait au contraire qu'elle ne pourrait continuer qu'au moyen de mesures pouvant soutenir sa capacité de travail restante. L'ensemble de ces éléments tend à accréditer l'idée que c'est au prix d'efforts constants que l'assurée est parvenue à maintenir ce taux d'activité plus élevé, au prix d'un effondrement progressif de ses ressources. L'hypothèse du médecin SMR, selon qui l'aggravation pourrait découler de la suppression de la rente plus que d'une atteinte à la santé, ne permet pas à elle seule de modifier ce point de vue. Sans dénier le fait que dite suppression a pu influencer négativement l'humeur de la recourante, il n'en demeure pas moins que celle-ci était jusqu'alors parvenue à assurer l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel de manière stable (60%) pendant une dizaine d'années et qu'il est probable que l'augmentation de celui-ci, la surcharge qui en a découlé et enfin la suppression de la rente ont progressivement déstabilisé l'équilibre qui prévalait jusqu'alors. Il convient enfin de considérer qu'il serait excessif de reprocher à la recourante d'avoir tenté d'augmenter son taux d'activité, ce qui a provoqué la suppression du quart de rente dont elle bénéficiait de longue date et de ce fait réduit son dommage à l'assurance, puis de lui refuser de réexaminer la situation alors que sa situation semble se péjorer à nouveau, principalement à cause de ses difficultés à tenir le rythme de travail sur le long terme, du fait d'éléments en rapport avec ses atteintes à la santé. S'y ajoute le fait que, pendant dix ans, la situation a été celle d'une capacité de travail de 60% et aucun élément ne peut véritablement mettre en lumière que l'état de santé se serait à ce jour amélioré de manière significative. La suppression de la rente était surtout due au fait que l'assurance-invalidité couvre une perte de gain et que si, comme en l'espèce, le revenu d'invalidité dépasse l'équivalent d'un 60%, la rente doit être supprimée. C'est cet élément, plutôt qu'une réelle amélioration de son état de santé, qui a justifié la suppression de la rente de l'assurée. Vu l'ensemble de ce qui précède, la Cour estime que la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé ou, à tout le moins, que bien que son état de santé est en soi resté le même, les conséquences sur sa capacité de gain se sont aggravées par rapport à la situation qui a conduit à la suppression de sa rente en 2018. Il se justifie dès lors d'entrer en matière sur sa demande de prestations. Elle rappelle que d'autres prestations que la rente – notamment en lien avec la détection précoce – peuvent ici entrer en ligne de compte. Vu l'issue du litige, le grief relatif à une éventuelle violation du droit d'être entendu, également invoqué par la recourante, peut rester ouvert.

E. 5

Partant, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision étant annulée, et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande de l'assurée et rende une nouvelle décision. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais du même montant versée par la recourante lui est restituée.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens. Il convient de corriger la liste de frais produite par son mandataire le 29 mai 2020, en ce sens que le tarif horaire est de CHF 250.-, et non de CHF 300.-. En outre, la facturation de photocopies pour un montant dépassant CHF 460.- est disproportionnée; de

plus, celles-ci devraient être facturées à raison de CHF 0.40/pièce, et non CHF 0.70/pièce. L'octroi d'un montant de CHF 200.- au titre de débours semble ici raisonnable.

Conformément aux art. 137 ss du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), il se justifie de fixer l'indemnité due à la recourante à CHF 4'437.50, soit 17h45 à CHF 250.-/h, plus CHF 200.- de débours, plus CHF 357.10 au titre de la TVA à 7.7%. Cette indemnité totale de CHF 4'994.60 est intégralement à la charge de l'autorité intimée et est directement versée au mandataire de la recourante. la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision querellée du 12 novembre 2019 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande et rende une nouvelle décision. II. Les frais de justice, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, qui succombe. III. Il est alloué à la recourante pour ses frais de défense une indemnité de CHF 4'437.50, plus CHF 200.- de débours, plus CHF 357.10 au titre de la TVA à 7.7%, soit un total de CHF 4'994.60. Elle est mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 8 juin 2020/mba Le Président :
Le Greffier-rapporteur :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.