

# **Evaluation prospective du potentiel de risque suicidaire chez un patient dépressif. Apport du Rorschach Système Intégré.**

*Louhab FERGANI*

*Université d'Alger2*

---

## **Résumé:**

Un siècle après sa mise au point par le psychiatre suisse Hermann Rorschach, le test de Rorschach demeure le test de personnalité le plus utilisé dans le monde. La finesse de cet outil a conduit certains auteurs à penser qu'il rende possible la détection chez un sujet des signes discrets révélant la présence d'un potentiel de risque suicidaire. C'est en effet au psychologue américain John Exner, fondateur de l'approche intégrative du Rorschach, que nous devons un travail original dans ce domaine qui a abouti, dans les années 1970 aux Etats-Unis, à l'établissement d'une constellation suicidaire (S-CON) à 12 variables.

Pour John Exner, dans la pratique, la S-CON doit toujours être la première variable à examiner par le clinicien. Une S-CON positive indique que le sujet présente un grand nombre des caractéristiques communes aux individus qui se donnent la mort assez peu de temps après l'examen. A partir d'un exemple clinique de l'évaluation d'un patient dépressif présentant des idéations suicidaires, les auteurs souhaitent nous montrer l'intérêt de la Constellation suicidaire du Rorschach Système

Intégré pour déterminer l'importance du potentiel de risque suicidaire chez ce patient.

**Mots clés:** risque suicidaire, Constellation suicidaire (S-CON), fonctionnement psychologique, Rorschach Système Intégré, cas clinique.

### **Introduction:**

Le suicide, un acte de meurtre intentionnel de soi, est pour les psychiatres et les psychologues une préoccupation quotidienne et concrète. Ils sont les plus concernés par la détection et la prévention de ce phénomène. Ils sont ainsi confrontés à deux questions fondamentales qui restent aujourd'hui ouvertes: comment évaluer le risque suicidaire chez un patient ? Comment prévenir une récurrence ?

Les recherches actuelles montrent que les cliniciens ont peu de moyens pour prédire l'imminence d'un suicide (Shea, 2008). De plus, les connaissances accumulées sur le suicide forment un ensemble hétérogène qui ne permet pas d'en dégager des lois générales, et encore moins un modèle cohérent et prédictif (Andronikof, 2005). Cependant, aujourd'hui, le Rorschach fait partie des outils utilisés par les cliniciens pour l'évaluation clinique du potentiel de risque suicidaire (Bongar, 1991).

En effet, plusieurs travaux ont été effectués avec le Rorschach pour appréhender le phénomène du suicide. Toutefois, ces travaux ont tenté d'appréhender, partiellement, la complexité de ce phénomène (Exner, 2003). Quant à Exner (1977 ; 1995) il s'est attaqué au problème d'une manière originale. Dans deux études réalisées en 1975 et en 1984, il a cherché à savoir s'il était possible de repérer, à l'aide du Rorschach, des caractéristiques psychologiques qui seraient spécifiques aux personnes en instance de suicide. A partir de l'analyse de 101 protocoles et de dossiers cliniques de personnes qui s'étaient donné la mort après moins de 60 jours après avoir passé le Rorschach, il a pu établir une constellation

suicidaire qui a été incorporée dans le Système Intégré sous la dénomination « Constellation suicidaire – S-CON ». La S-CON se compose de 12 variables caractérisant les sujets suicidés, comparativement aux patients hospitalisés pour dépression ou schizophrénie et aux non-consultants. Positive (présence de 8 variables), on doit la considérer, pour reprendre l'expression d'Exner (2003), comme un « drapeau rouge », c'est-à-dire que le sujet présente un grand nombre des caractéristiques communes aux individus qui se donnent la mort assez peu de temps après l'examen.

L'évaluation du potentiel de risque suicidaire est considérée comme l'un des apports majeurs du Rorschach Système Intégré (Andronikof & Réveillère, 2004). Pour Exner (2003), dans la pratique, la S-CON doit toujours être la première variable à examiner par le clinicien.

En effet, dans la pratique clinique quotidienne, l'évaluation du potentiel de risque suicidaire chez certains patients s'impose. C'est le cas de Nacer, âgé de 48 ans, qui est hospitalisé pour la première fois au service de psychiatrie du CHU de Bejaia dans un état de grande détresse psychologique. Le psychiatre référent préconise une surveillance de près à cause de l'importance des vellétés suicidaires. Dans ce contexte, quel est l'apport du Rorschach Système intégré à l'évaluation du potentiel de risque suicidaire chez ce patient ?

Avant de tenter d'apporter des éléments de réponse à cette question, arrêtons-nous un instant sur la Constellation suicidaire (S-CON).

## **1- La Constellation suicidaire (S-CON) du Rorschach système intégré:**

Comme nous l'avons déjà évoqué, la Constellation suicidaire est une liste qui se compose des 12 variables suivantes (Exner, 2002, p.89):

### **S-Constellation**

- $FV+VF+V+FD > 2$
- $Col-Shd Blend > 0$
- $EGO < 0,31$  ou  $> 0,44$
- $MOR > 3$
- $Zd > +3,5$  ou  $< -3,5$
- $es > EA$
- $CF+C > FC$
- $X+\% < 0,70$
- $S > 3$
- $P < 3$  ou  $P > 8$
- $Pur H < 2$
- $R < 17$

### **Positif à partir de 8 items cochés:**

Andronikof (2005) nous propose une analyse de cette Constellation. Selon cette dernière, le regroupement des variables selon leurs affinités permet de conclure qu'un état prodromique du suicide se caractérise par la présence simultanée de cinq éléments suivants:

- Perturbation du rapport à soi (Vista/FD, EGO, MOR, H)

- Perturbation du rapport à la réalité extérieure (X+% ; P ; H ; R)
- Excès de stress ou de violence interne accompagnée de confusion dans les émotions (es □ EA, S, Col-ShdgBlends)
- Dysfonctionnement global des capacités à différer (Zd, es □ EA, CF+C □ FC)
- Orientation pessimiste des pensées (MOR)

Abordons à présent le cas Nacer à la lumière de ces considérations sur la Constellation suicidaire (S-CON) du Rorschach Système intégré.

## **2- Evaluation du potentiel de risque suicidaire à l'aide du Rorschach Système Intégré: Illustration clinique:**

Père de cinq enfants (trois garçons et deux filles), Nacer est commerçant de profession. Avant l'hospitalisation, il était suivi chez un neurologue pour des troubles somatoformes et des bouffées d'angoisse aussi, selon ses dires. Il rapporte avoir de grands conflits avec les membres de sa famille depuis plusieurs mois, notamment avec sa femme et l'une de ses filles (âgée de 21 ans, étudiante en droit). Nacer nous raconte, avec beaucoup d'émotion, que les problèmes ont commencé quand il a découvert les mauvaises fréquentations de sa fille, « Un jour, nous dit-il, je l'ai surprise nue avec un garçon ». En rentrant chez lui, Nacer frappe sa fille puis il l'enferme dans les toilettes. La jeune fille, soutenue par sa mère, dépose une plainte à la police. Nacer passe alors 20 jours en prison et à sa sortie, en liberté provisoire, il trouve, nous rapporte-il, sa maison dépouillée. La mère a quitté, avec ses enfants, le domicile conjugal pour aller vivre dans un appartement que son père lui a laissé. Le patient demande à sa femme de revenir mais elle refuse et demande le divorce. Il dit aussi que sa fille a publié sur lui un article dans le journal en le traitant de criminel.

Depuis, ne pouvant continuer de conduire, il est obligé à plusieurs reprises de s'arrêter et d'appeler son ami pour qu'il l'accompagne. Ce dernier, en voyant son état, l'a emmené chez un médecin qui l'a orienté à son tour en psychiatrie. Lors d'un entretien, Nacer nous fait part de ses idées suicidaires en précisant: « C'est une affaire de dignité, je n'ai rien à faire dans cette vie. »

A cet égard, le Rorschach Système Intégré, effectué après 10 jours d'hospitalisation, permet d'évaluer le risque suicidaire en examinant la Constellation suicidaire (S-CON) qui a été établie pour cet objectif. Il permet de faire une description très fine des rapports de force entre les différents domaines de fonctionnement du sujet (l'affectivité, le stress, les mécanismes de pensée, le rapport à soi, les ressources encore disponibles du sujet). Il permet de comprendre les points de fragilité et les lignes de force du sujet, et de saisir la dynamique interne du fonctionnement (Exner, 2003).

Ainsi, afin de mettre en exergue la dynamique de fonctionnement psychologique dans son rapport avec le processus suicidaire, nous présentons dans les pages qui suivent l'interprétation complète du protocole Rorschach de Nacer (voir annexe).

Selon les résultats du résumé formel établi par le logiciel CHESSSS (Fontan, Andronikof et al., 2013), la séquence d'analyse suit l'ordre suivant des ensembles: Relation → Self → Affect → Traitement de l'information → Médiation → Idéation.

## S-CON.

SumV+FD>2	X
col-shd blends>0	
ego <0.31 ou >0.44	X
mor>3	
Zd>3,5 ou <-3,5	X
es>EA	X
CF+C>FC	X
X+%<0,70	X
S>3	
P<3 OU P>8	
PURE H<2	X
R<17	X

Comme nous pouvons le constater la S-CON a une valeur de huit. Il est important en effet de le signaler à son psychiatre référent et, bien entendu, de le mettre en évidence dans le compte rendu. Certaines données de protocole de Nacer sont très similaires à celles que l'on trouve souvent dans les protocoles des individus qui vont se donner la mort. Bien que le rôle des facteurs externes de stress dans l'induction des idées suicidaires chez Nacer semble évident, il est indispensable d'investiguer avec soin, et il faut le faire rapidement, vu l'importance du potentiel de risque suicidaire.

**Perception des relations.** Le patient semble être quelque peu limité dans ses compétences relationnelles ; il est susceptible d'éprouver de fréquentes difficultés dans l'interaction avec l'environnement, particulièrement dans la sphère interpersonnelle. Cette inaptitude relationnelle pourrait le rendre souvent moins acceptable par les autres, voire le fait rejeter par les autres. Les personnes de ce type deviennent souvent très insatisfaites de leur vie et éprouvent souvent un sentiment de confusion ou d'impuissance quant à leur situation relationnelle. En fait, elles éprouvent souvent des crises dépressives en réponses à leurs échecs relationnels (Etape 1). Par ailleurs, le patient adopte généralement, dans les relations interpersonnelles, un rôle plutôt passif. Dans la plupart des cas, ces personnes préfèrent éviter la responsabilité de la prise de décision et elles sont moins prêtes à chercher de nouvelles solutions aux problèmes ou à adopter de nouveaux modes de comportement (Etape3). Bien que le patient s'intéresse plus aux autres que la plus part des gens, il ne les comprend probablement pas très bien. Il peut avoir tendance à se tromper sur les autres et à mal interpréter les gestes relationnels (Etape6). En effet, le patient peut s'engager dans des formes de comportements relationnels qui risquent d'être moins adaptées à la situation qu'il ne serait souhaitable (Etape7). Cependant, le patient semble tendre à anticiper des interactions positives entre les gens, ce qui montre qu'il est intéressé à y participer (Etape8). Mais, comme le patient paraît très isolé sur le plan social, ses modalités spécifiques d'interaction se caractérisent par l'absence d'un bon contact avec les autres ; il se trouve relativement dénué de relations satisfaisantes (Etape10).

**Perception de soi.** Le patient tend à être négatif dans l'estimation de sa valeur personnelle et à se dévaloriser lorsqu'il se compare avec les autres. Ceci est souvent un précurseur de la dépression (Etape3). On note la présence chez ce dernier d'un comportement d'inspection de soi inhabituel, voire une préoccupation concernant des caractéristiques

perçues comme négatives, ce qui procure des affects douloureux. Cela n'est pas inhabituel au vu des moments critiques de la vie du patient dont nous avons parlé plus haut. Quelle qu'en soit la cause, cela indique la présence d'une focalisation considérable sur soi (Etape4). On note, dans le même sens, une inquiétude corporelle importante (Etape5). L'image de soi tend à être fondée principalement sur des impressions imaginaires ou des déformations de l'expérience réelle. Généralement, les sujets de ce type manquent de maturité et entretiennent souvent des représentations très déformées d'eux-mêmes, ont souvent une image de soi assez confuse. Cette limitation de la conscience de soi peut avoir un impact très négatif sur la prise de décision et la résolution de problèmes, et elle crée un potentiel de difficultés dans la sphère relationnelle (Etape7a, 7b). Les deux dernières réponses *moins* semblent très parlantes quant à une image de soi détériorée accompagnée d'une inquiétude corporelle importante (Etape8).

**Affects.** Les résultats mettent d'emblée en évidence l'existence d'un trouble affectif chez le patient. Il faut préciser que ce problème affectif est généralement secondaire par rapport à une difficulté de fond à créer et à maintenir des relations interpersonnelles authentiques et gratifiantes (Etape1). Evitant-ambiéqual, le patient présente une nette tendance à simplifier la complexité et l'ambiguïté, en l'ignorant où les niant. Le patient est probablement très incohérent dans l'utilisation de cette approche de la résolution de problèmes ou la prise de décisions. Ce manque de cohérence a de grandes chances d'affecter aussi la manière dont il manie les émotions, c'est-à-dire que certaines fois celles-ci peuvent se trouver contrôlées à l'extrême, alors que, dans des circonstances similaires, elles peuvent ne pas être contrôlées d'une manière qui serait appropriée à la situation (Etape2). Par ailleurs, il faut noter aussi la probabilité de l'existence chez le patient d'un malaise psychique lié à une tendance à la dévalorisation de soi (Etape4). Le

patient a une tendance à éviter les stimuli émotionnels. Les sujets de ce type sont généralement très mal à l'aise dans les situations émotionnelles. En conséquence, ils deviennent souvent socialement évitants, voire isolés (Etape6). Le patient semble être moins préoccupé de contrôler les décharges émotionnelles que la plupart des adultes. Il peut, en effet, se montrer plus direct ou intense dans l'expression de ses affects (Etape9). Le patient a tendance à se montrer plus négatif ou opposé à l'environnement que la plupart des gens. Cela n'est pas nécessairement un défaut mais cela peut devenir un handicap pour la formation de relations sociales harmonieuses (Etape11). Le fonctionnement psychologique du sujet est moins complexe que ce que l'on aurait pu attendre. Cela est très fréquent chez les sujets dont l'organisation psychologique est marquée par une certaine immaturité ou pauvreté. Les sujets de ce type manifestent souvent des difficultés comportementales lorsqu'ils sont confrontés à des situations affectives complexes (Etape12).

**Traitement de l'information.** Dans le traitement de l'information, le patient se montre prudent et conservateur (Etape1). Il s'est montré très économe dans le traitement de l'information (Etape2). Les habitudes de traitement sont régulières et prévisibles (Etape3). Cependant, le patient s'efforce d'accomplir plus de choses qu'il ne paraît raisonnable compte tenu de ses capacités fonctionnelles actuelles. Si cette tendance marque les comportements de tous les jours, la probabilité de ne pas réussir à atteindre les objectifs que le patient se fixe est accrue, et la conséquence de ces échecs amène souvent à des expériences de frustration (Etape4). On note chez le patient une activité de balayage que l'on appelle sous-incorporatrice. De ce fait, le sujet balaie de manière hâtive et aléatoire, et il peut souvent négliger des éléments critiques d'un champ du stimulus (Etape5). Par ailleurs, le patient a parfois quelques difficultés à déplacer son attention sur autre chose, ce qui peut produire des activités de traitement moins efficaces (Etape6). La qualité du traitement de

l'information est souvent peu adéquate, surtout dans des situations complexes (Etape7).

Le patient semble confus, insatisfait, frustré, et a du mal à maintenir une image dans la mémoire à court terme (Etape8).

**Médiation.** La médiation est généralement appropriée à la situation, c'est-à-dire l'ingrédient de base nécessaire à un testing de la réalité conventionnelle semble être intact (Etape1). Toutefois, on note une atteinte occasionnelle de la médiation dont le dysfonctionnement peut être directement relié aux caractéristiques affectives du patient, c'est-à-dire à l'interférence des affects négatifs (Etape3). Le dysfonctionnement médiationnel est provoqué par une préoccupation particulière quant à une certaine image de soi (Etape3a, Etape 3b). Mais on peut s'attendre à ce que le patient produise des réponses attendues ou acceptables dans les situations où les indices relatifs à ces types de comportement sont évidents (Etape4). Cependant, un conflit, par exemple avec l'environnement, peut conduire le patient à produire des décisions médiationnelles qui ignorent les demandes ou les attentes sociales (Etape6).

**Idéation.** Le patient présente un style évitant-ambiéqual qui le laisse, en effet, vulnérable à une pensée moins sophistiquée et à une occurrence plus fréquente d'incidents dans lesquels les émotions sont moins bien modulées (Etape1). Tenant compte de la présence d'un style évitant, il est probable que le patient tende à réagir rapidement pour réduire les irritations causées par les intrusions des pensées périphériques. Cette tactique pourrait être efficace dans une perspective d'homéostasie, mais pourrait aussi apparaître comme un élément négatif parce que des réponses formulées à la hâte ne sont généralement pas très bien réfléchies, et leur efficacité à long terme peut être fort limitée (Etape5). Face à des situations déplaisantes, le patient pourrait aussi adopter une tactique de refuge dans les fantasmes qui est une façon d'éviter les responsabilités et la prise de décisions (Etape6). Une préoccupation qui

interfère avec la médiation ou avec la clarté de la pensée semble produire chez le patient quelques particularités de la pensée (Etape 10).

### **Conclusion et discussion générale du cas:**

Nacer est une personne qui est quelque peu limitée dans ses compétences relationnelles, ce qui l'expose à d'éventuelles difficultés relationnelles, d'où le risque d'être moins accepté par les autres, voire d'être complètement rejeté par les autres. Les éléments de l'anamnèse nous renseignent, en effet, sur la gravité et l'importance des difficultés que Nacer rencontre dans ses relations avec sa famille. Cette inaptitude relationnelle explique la présence chez ce dernier d'un comportement d'inspection de soi inhabituel, voire d'une préoccupation concernant des caractéristiques perçues comme négatives, ce qui procure des affects douloureux et constitue un précurseur de la dépression. Mais il faut aussi préciser que le patient présente un problème affectif qui est généralement secondaire par rapport à une difficulté de fond à créer et à maintenir des relations interpersonnelles authentiques et gratifiantes.

Nacer se montre prudent et conservateur dans le traitement de l'information. Bien que les habitudes de traitement soient régulières et prévisibles, le patient est exposé aux expériences de frustration car il s'efforce d'accomplir plus de choses qu'il ne paraît raisonnable, compte tenu de ses capacités fonctionnelles actuelles, d'autant plus qu'il présente une activité de balayage sous-incorporatrice caractérisée par une manière hâtive et aléatoire de traiter les informations. L'ingrédient de base nécessaire à un testing de la réalité conventionnelle semble être intact. Cependant, un dysfonctionnement médiationnel est provoqué par certaines caractéristiques affectives du patient et par une préoccupation particulière quant à son image de soi. Des caractéristiques idéationnelles moins sophistiquées peuvent participer à la non-modulation de certaines émotions et amener le patient, dans certains cas, à adopter une tactique de refuge dans les fantasmes qui est une façon d'éviter les responsabilités et la prise de décisions.

Ainsi, plusieurs éléments constituant la panoplie des variables préfigurant un état prodromique du suicide se trouvent présents chez Nacer. La source de cet état semble être nourrie par l'existence d'une insatisfaction chronique liée à son inaptitude relationnelle d'où ses sentiments de dégoût de soi, d'insécurité intérieure et d'insuffisance de confiance en soi. Bien que le rapport à la réalité conventionnelle semble entretenu, le désintérêt social du patient peut faire penser à une amorce d'un processus de désengagement du règne humain qu'on retrouve souvent chez les personnes suicidées. L'excès de stress ou de violence interne et le dysfonctionnement global de ses capacités à différer sont des éléments de fragilisation dans le processus suicidaire.

En écho avec ces caractéristiques de la dynamique du fonctionnement psychologique de Nacer vient résonner, avec force, un événement extérieur qui constitue un facteur de risque de suicide très important. Il s'agit, en effet, de l'humiliation publique ou de la peur d'une humiliation publique inévitable (S-C. Shea, 2008, p.31) qui serait causée par le comportement de sa fille. Selon S-C. Shea (2008), certains suicides peuvent être déclenchés par la perte du respect ou de l'approbation publique. Plus le sujet redoute que cette approbation ne puisse jamais être regagnée, plus le risque de suicide ne peut augmenter. C'est dans ce sens que nous pouvons comprendre certains propos de Nacer dans lesquels il précise qu'il ne pourrait plus se rendre au village par peur du regard des autres.

Enfin, l'évaluation du risque suicidaire à l'aide du Rorschach Système Intégré permet au clinicien de savoir exactement où en est la personne suicidaire en l'aidant à mieux comprendre la complexité du monde intérieur du patient qui envisage le suicide. Chez certains patients, hautement suicidaires, à l'instar du cas de Nacer, le rôle des facteurs internes et des facteurs externes peuvent converger dans l'étiologie de suicide. Si environ moins d'un pour cent des individus ayant eu des idéations suicidaires finissent par se suicider, le Rorschach Système

Intégré peut être d'un grand apport pour déterminer, une fois ces idées mises au jour, quelle idéation suicidaire est le signe avant-coureur d'un danger immédiat et laquelle ne l'est pas.

### **Références bibliographiques:**

- Andronikof, A. & Réveillère, C. (2004). Rorschach et Psychiatrie: à la découverte du malade derrière la maladie. *Psychologie française*, 49, 95-110.

- Andronikof, A. (2005). Visite guidée de la Constellation suicidaire du Rorschach en système Intégré. *Bulletin de l' Association Européenne du Rorschach*, 1-6.

- Bongar, B. (1991). The suicidal patient: Clinical and legal standards of care. Washington, DC: *American Psychological Association*.

- Exner, J.E., & Wylie, J. (1977). Some Rorschach Data Concerning Suicide. *Journal of Personality assessment*, 41, 339-348.

- Exner, J.E. (1995). *Le Rorschach: un Système intégré*. Paris: Tr. Fr., Editions Frison-Roche.

- Exner, J.E. (2002). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré* (4<sup>ème</sup> éd). Paris: Tr. Fr, Editions Frison-Roche.

- Exner, J.E. (2003). *Manuel d'interprétation du Rorschach en Système Intégré*. Paris: Tr. Fr, Editions Frison-Roche.

- Fontan, P. Andronikof, A., et al. (2013). CHESSSS. A free Software Solution to score and Compute the Rorschach Comprehensive System and supplementary scales. *Rorschachiana*, 34, 56-82.

- Shea, S-C. (1999). *Evaluation du potentiel suicidaire, Comment intervenir pour prévenir*. Paris: Tr. Fr, Elsevier Masson.



<p>4- Thayi delhadja amaken ssin laavad vqan adrfden lhadjayi, itissal yarassen, daya ifehmeq</p> <p>□ □ □ lehouydjayi agdiniq gmi idchfiq jamais zriqthent.</p>	<p>S: Ouayi ouahi douayi, atha iqdjarnenssen, ahna ifessnønsen, ahna idmarnenssen.</p> <p>E: Vqan adrefden elhadja ?</p> <p>S: chgoul vqan adrefdn elhadja naq adhkadmen elhadja .. ouzmirqara agdiniq à peu prés ma delahram naq delahla..agdiniq kan aka.</p>
<p><b>PLIV</b></p> <p>□ □ 5- Ameken itkchavah ilvaz.</p> <p>6- Naq itchavah lhadja itiichen gelvhar, outessinqara..dessardine inessen kan</p>	<p>E: [Lit la réponse du sujet]</p> <p>S: Aalahssav dayini..aqamoumiss dayi itchavah qlvaz.</p> <p>E: [Lit la réponse du sujet]</p> <p>S: Aalahssav ouayini, tssma Aalahssav wayini (D1), issaa thina chouachou ithdjbed aman.</p>
<p><b>PLV</b></p> <p>□ □ 7- Thayi ouchfiqara fyissmiss..thina itdoun aken laacha..nkni neqarass aytit iyit.</p> <p>8- elhadja anatan thzmret adinit delfaracha parce que ifriouniss demeqranen.</p>	<p>E: [Lit la réponse du sujet]</p> <p>S: Dayi ouahi difariouniss... Aalahssav iqadjarniss.</p> <p>E: [Lit la réponse du sujet]</p> <p>S: thetchavah qelfaracha puisque thessaa iferiouen kmlithen.</p>
<p><b>PLVI</b></p>	<p>E: [Lit la réponse du sujet]</p>

<p>⌈ ⌋ oualah mazmreq agdiniq ⌈  thayi oufhimeq zyess ouma dazouh,  oualah mazmreq agdiniq ouma  delhadja zeysen.</p> <p>⌈ 9- Thssaa la façon elhadja issaan  crouh, thezmret adinith dechdjra</p> <p>⌈ 10- Thezmret adinith dadrar,  outhssaara la façon à 100%.</p>	<p>S: Thai akayani thetbaned  dechdjra</p> <p>Aqchouriss.. chedjra ouvelout  aka, ouayi (D4) ouahi douayi  tchavah lqchour ouvelout.</p> <p>E: Ougachou ithetmchavah  elqchour ouvelout ?</p> <p>S: Issâ les trous akayi, leqchour  ouvelout Issâ les trous akayi.</p> <p>E: [Lit la réponse du sujet]</p> <p>S: Ouayi idefqn aka itmchavah  rourichi .. tssma ihouzed imaniss  aka youli, loukan dakal  oudithizara imaniss aka, loukan  plat.</p>
<p><b>PLVII</b></p> <p>11- Itchavah qelqaa (D2, D4), ouayi  chgoul ouaman (DS7), naq daroche  zdakhal ouaman, lhadja gessnathayi.</p>	<p>E: [Lit la réponse du sujet]</p> <p>S: Thetmchavah akal..tssma plat  igla..nssfayi daman..issaâ chgoul  tharga ouaman dayi (D6).</p> <p>E: Ougachou itmechavahen  aouaman ?</p> <p>S: Venan beli damen thdoun aka  (touche le D6), naq aka..tvinend  daman.</p>
<p><b>PLVIII</b></p> <p>12- Thai ditimssah naq d la  crocodile.</p>	<p>E: [Lit la réponse du sujet]</p> <p>S: Issaâ rvaâ iqdjaren, athayi  oudmiss, ouayi delkouriss,ouayi  kif kif.</p>

<p>13- Ouayi chgoul nourichi naq nchdjra..même assekoud khosseq ksskoud, oussekdrara mlih.</p>	<p>E: [Lit la réponse du sujet]  S: Ouayi dazegzaou, izmer adyili dadrar.  E: Ougachou igtmchavah qoudrar ?  S: elhadja tzgzaouth</p>
<p><b>PLIX</b></p> <p>14- Ouayi itvan delaâvd.. ikhdm aka (geste de sa main), ssin ifassen akayi 5 itoudan (Dd21) zmreq agdiniq ouayi dedouahkliss (D6), thayi chgoul delkharita.</p>	<p>E: [Lit la réponse du sujet]  S: Atha youen oufouss (Dd 21) ikhdm aka (geste), youen oufouss ikhdm aka, oukssar delkour, athen elaâroud elfiqari (dans le Dd 35), ouayi chgoul ivta en deux, thayi (D1) thtchavah qelkharita itfit gfassniss.  E: Ougachou igtmchavah qelkharita?  S: Ifkayid kan ouqarouyiou.</p>
<p><b>PLX</b></p> <p>□ □ ouayi oufhimqara azouh zyess, machi delhouayedj issneq, loukan delaâbd igqran.. niki gelaâmerth kchmeq alikoul..nssouâdik kan ouma machi delhadja issneq, oufhimqara azouh zyess □ □ □</p> <p>□ 15- Tha thtchavah eldjetha nbnadem thefreq fssin.</p>	<p>E: [Lit la réponse du sujet]  S: Ouayi ameken delaâroud elfiqari (D14), thayi chgoul eldjetha nbnadem, aalahssav ouayi (D9) tchavah amess laâvd.</p>