



INSTITUT D'ENSEIGNEMENT À DISTANCE - PARIS 8

Centre National d'Enseignement à Distance
et Institut d'Enseignement à Distance
UNIVERSITE PARIS 8

LICENCE 2^{ème} année DE PSYCHOLOGIE

PROJET TUTOIRE DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Peut-on prévenir le suicide des personnes âgées ? Si oui, comment ?

Année Universitaire 2005-2006
Enseignante : Marie-Liesse PERROTIN

Julien Torrent
Numéro d'étudiant 201868
CRED / IED Université Paris 8

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	3
2. Question de départ	4
3. Elaboration théorique du problème	4
3.1. Développement des présupposés	4
3.1.1. Suicide des seniors mythe ou réalité ?	4
3.1.2. Causes du suicide	7
3.2. Etat de la question	8
3.2.1. Approche freudienne	9
3.2.2. Approche de Jung	10
3.2.3. Approche d'Adler	10
3.2.4. Aujourd'hui	11
4. Énoncé des hypothèses	14
4.1. Générales	14
4.2. Spécifiques	14
5. La méthodologie	14
5.1. Population	15
5.2. Elaboration du questionnaire	15
5.2.1. Mise en forme	15
5.2.2. Types de Question	16
5.2.3. Questions	16
6. Conclusion	18
7. Bibliographie	19
8. Annexes	20

1. Introduction

La communauté chrétienne, entre autre, considère le suicide des jeunes comme un scandale, le drame le plus profond de notre civilisation, un évènement de plus en plus fréquent. Tout chrétien est invité à décoder ce mal-être pour mieux comprendre sa culture. Mais à l'heure actuelle, le suicide des personnes âgées semble être baigné dans la plus grande méconnaissance, indifférence et banalisation. Expérience faite, lorsque j'ai abordé cette thématique avec quelques personnes j'ai été considéré, certaines fois, pour un farfelu et me suis trouvé confronté à un profond rictus narquois, comme pour me faire comprendre que seuls les jeunes ont le droit u suicide. La personne âgée, par définition, meurt de vieillesse ou de maladie. Si elle se suicide, elle a de toute façon déjà bien vécu et cet acte n'est, en soit, pas si grave. De plus les personnes âgées sont certaines fois une charge pour la société. Leur perte peut, parfois, être considéré comme un bénédiction ... Propos choquant n'est-ce pas ? Passé un certain âge, la mort ne surprend plus. A-t-on le droit de laisser ces personnes âgées se suicider ou de prendre à la légère cet acte en le discréditant ? Ce problème n'est-il pas le signe réel d'un mal-être profond comme pour les jeunes ? Cet ensemble de constatations et de questionnements qui m'ont poussé à choisir ce sujet de recherche.

2. Question de départ

Thématique actuelle et synonyme d'un profond problème, résultant certainement d'une mise à l'écart, une dévalorisation. D'une perte de valeurs et de repères. Le suicide des personnes âgées est véritablement préoccupant. Comment des êtres, pourtant emprunts d'une grande maturité et expérience, peuvent en arriver au stade du passage à l'acte, en mettant fin à leurs jours, alors qu'ils devraient transmettre leurs connaissances aux générations futures. Comment peut-on réduire le taux de suicide chez les seniors ?

« Est-ce que le sentiment d'inutilité et de repli social est la cause du suicide des personnes âgées ? »

Telle est la question que je tâcherai d'éclairer, mais avant tout, dans un premier temps, il faudra développer et soulever les éventuels doutes subsistants sur les points suivants : Est-ce une réalité ou est-ce un phénomène localisé et exceptionnel ? Combien de seniors se suicident ? Comment mettent-ils fin à leurs jours ? Quelles en sont les causes ?

3. Elaboration théorique du problème

3.1. Développement des présupposés

3.1.1. Suicide des seniors mythe ou réalité ?

Selon les propos recueillis de M. Claude Renard, Psychothérapeute belge, vice-président de la Société Francophone de Prévention du Suicide. Chez les personnes âgées de plus de soixante ans, l'on

dénombrer 3 principales causes de décès : le cancer, les maladies cardiovasculaires et le suicide.

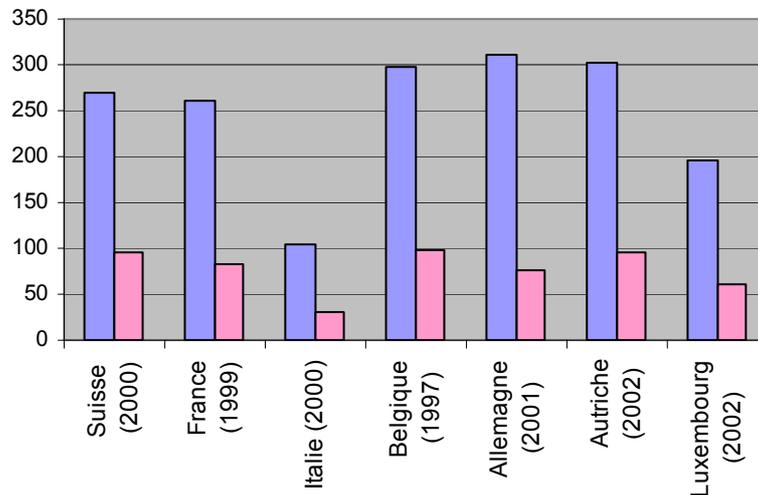
Le suicide des personnes âgées, représente plus du double des décès par rapport aux adolescents. Les tentatives de suicide sont moins fréquentes que chez l'adolescent, car les seniors sont souvent déterminés à mourir. Leurs techniques sont donc plus radicales. La défenestration ou le surdosage de médicaments est plutôt utilisé par les femmes âgées alors que les hommes âgés ont plus facilement recours aux armes à feu ou à la pendaison.

Il existe aussi d'autres formes de suicide dénommés « équivalents suicidaires ». Comme l'arrêt d'un traitement, par exemple : l'arrêt de l'insuline chez le diabétique, les conduites à risques : comme le sport violent chez le sujet cardiaque et des conduites passives de refus de la vie aussi appelé les syndromes de glissement : comme le refus de s'alimenter.

Aujourd'hui, de plus en plus de personnes âgées mettent fin à leur jours, seuls, dans l'oubli le plus total et dans l'indifférence la plus complète. Depuis plusieurs années ce phénomène croît d'une manière phénoménale soit une augmentation de 100% en 20 ans. Selon le spécialiste, M. Renard, ces chiffres ne devraient connaître aucune amélioration pour les prochaines dizaines d'années. Pourtant ce fait reste encore méconnu et tabou.

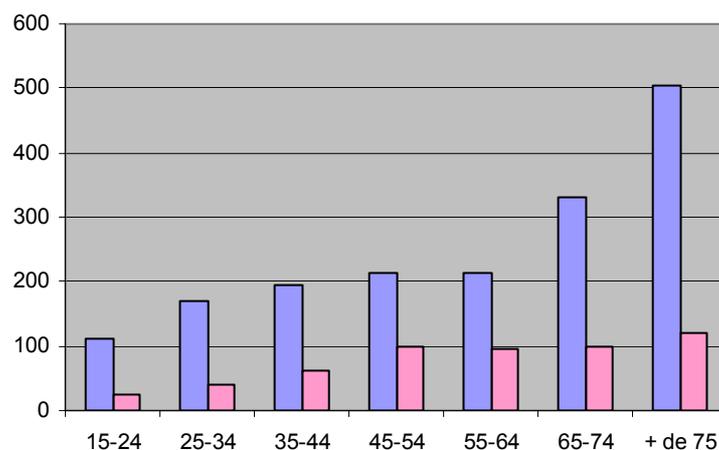
Après avoir collecté différentes données statistiques sur les suicides, en Suisse, France, Italie, Belgique, Allemagne, Autriche et Luxembourg, j'ai pu élaborer les deux graphiques suivants (100'000 sujets statistiques par pays), qui montrent très clairement, pour le premier, que les suicides sont variables selon les pays, vraisemblablement occasionnés par une origine

environnementale, culturelle. Le taux de suicides est nettement inférieur chez les femmes (femmes en rose, et hommes en bleu), ce qui pourrait s'expliquer par des cause organique.



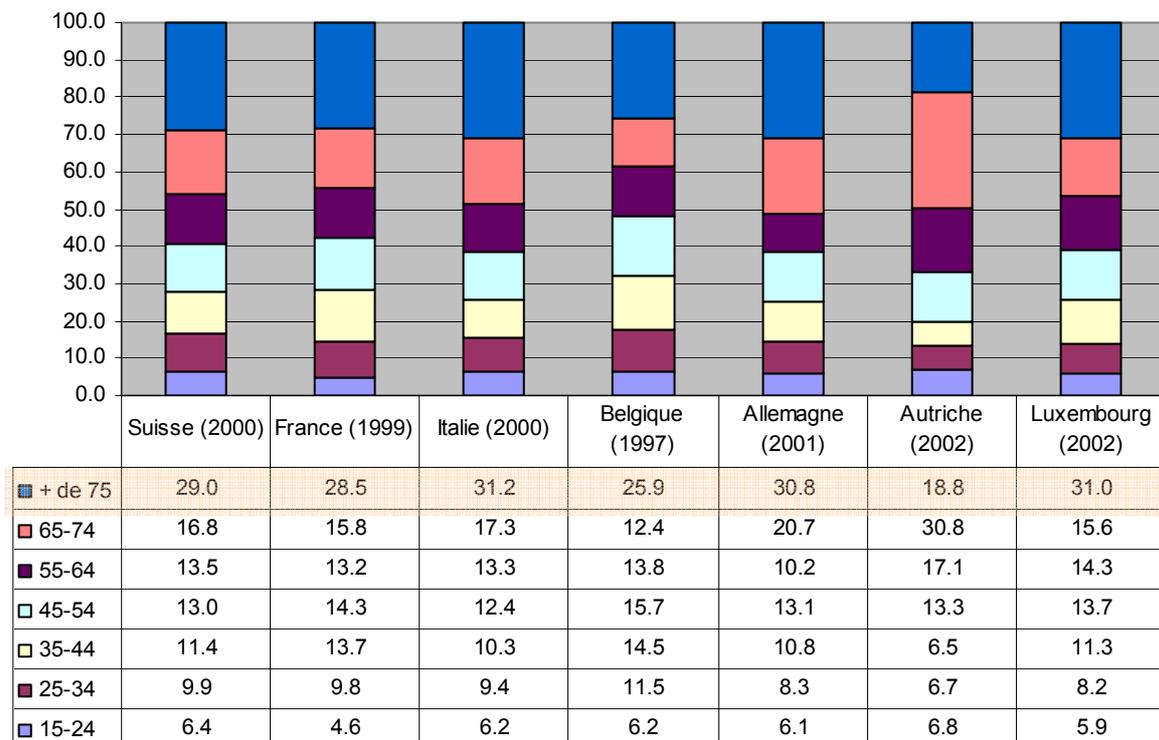
Graphique 1 (nombre de suicides selon pays)

Le second démontre que le taux de suicide augmente significativement avec l'âge, tous pays sondés confondus, ce qui laisserait présumer des causes organiques. Le nombre de suicides féminins est toujours significativement plus faible que celui des hommes, ce qui me met aussi sur la piste d'une origine organique.



Graphique 2 (nombre de suicides selon tranche d'âge)

Enfin, pour chaque pays sondés, pour 100% de personnes suicidées, voici la répartition par tranches d'âge. L'on constate que la proportion moyenne des suicides chez les plus de 75 ans dans les principaux pays européens est alarmante, proche de 27.9%, c'est-à-dire quasiment deux fois plus que la moyenne des autres tranches d'âge, ce qui nous montre bien que le suicide des personnes âgées est loin d'être un mythe, c'est une lourde réalité.



graphique 3 (répartition des suicides par pays et tranche d'âge.)

3.1.2. Causes du suicide

Dans le chapitre précédent j'émettais l'hypothèse de causes environnementales, culturelle et organiques. L'on peut en extraire 3 grandes familles, que je vais tâcher d'approfondir :

Les causes liées aux inductions culturelles comme : La perte de la fonction et du rôle de transmission des compétences, la perte de

valorisation, la perte d'autonomie physique et psychique, la diminution des performances physiques et sexuelles, pertes de la jeunesse et de la beauté du corps.

Les causes liées aux pertes et désinvestissements : Augmentation de la dépendance par la perte de capacités sensorielles, visuelle, auditive ou motrice. L'éloignement des enfants, la perte de la cohésion familiale par l'affaiblissement des liens, le deuil des amis, le veuvage, le décès d'un enfant adulte, le célibat, l'isolement, la fin de l'activité professionnelle, la perte de revenu, la perte de notoriété et la diminution des capacités d'anticipation.

Les causes liées à l'angoisse de mort :

Angoisse de la perte de contrôle psychique, angoisse de perte de contrôle sur son propre corps en cas de maladie dégénérative. L'affaiblissement des capacités physiques entraînant un désinvestissement des relations affectives, dans la solitude se traduisant en autodestruction.

3.2. Etat de la question

Le phénomène psychopathologique du suicide est explicité par plusieurs auteurs, notamment : Freud, Jung et Adler. Et le phénomène plus spécifique au suicide des personnes âgées par : x, y, z et bien d'autres. Voici ci-après un bref résumé des leurs approches respectives.

3.2.1. Approche freudienne

La problématique du suicide fut étudiée par Freud, grâce à l'analyse d'Anna O. Freud. Il analysa ensuite Dora à travers « Cinq Psychanalyses ». Le suicide prend dès lors, des dimensions différentes, avec les notions d'identification et l'étude des conduites de représailles. Puis avec « La Psychopathologie de la vie quotidienne », Dans la seconde topique de ses théories, Freud a essayé d'intégrer le phénomène du suicide dans cette théorie globale en tâchant de répondre à la question : « Comment cet acte peut satisfaire à la fois les besoins d'Eros, ceux de l'autoconservation et la pulsion de mort ? » Dans l'étude de la « Psychogenèses d'un cas d'homosexualité féminine », il pose le problème des facteurs agissant comme cause, mais sans pouvoir aller plus loin qu'une étude qualitative, car il n'existe aucun moyen de prévoir ou de mesurer la force des puissances psychiques causatives. Effectivement, la fin d'un conflit, lui seul, permet dans le cas du suicide, de mesurer l'importance de ces forces. Freud précise que : nul ne trouverait l'énergie suffisante pour se tuer s'il ne tuait pas en même temps un objet avec lequel il s'était identifié. Il tourne alors contre lui-même un désir de mort primitif, dirigé vers autrui. Le mode même de suicide peut se révéler inconscient ou non verbalisable, comme par exemple lors d'un empoisonnement volontaire. Freud se penche ensuite sur la mélancolie, psychose où la tendance suicidaire est le principal risque. Il donne à son approche une nouvelle interprétation. Comme la libido libérée par la rupture du lien avec l'objet perdu ne se reporte pas sur le moi, l'identification fait que celui-ci subit un véritable fractionnement et l'instance qu'on appelle la « conscience » se retourne alors contre la partie

identifiée avec l'« objet perdu ». Un tel processus ne s'exécute, en général, que lorsque ce dernier a donné lieu à une forte fixation et que le choix a eu un fondement narcissique. La régression se fait ainsi au stade sadique-anal.

3.2.2. Approche de Jung

Pour Jung, le moi est le centre de la partie consciente de la personnalité. Le soi, qui assure le contact entre l'individu et le cosmos. C'est de lui qu'émane le sens de la vie. Celui-ci ne peut être perçu lorsque le moi est pris dans la recherche de satisfactions égoïstes où se déploie dans une activité excessive. Intervenant dans une situation qui apparaît sans issue. Lorsqu'on a le sentiment que la vie n'a plus de signification, le suicide est comme la mort du moi, qui a perdu tout lien avec le soi et doit retourner dans le sein de la terre pour retrouver un tel lien à travers une renaissance psychologique.

3.2.3. Approche d'Adler

Adler quant à lui, explique le suicide à partir du but que l'individu se fixe. Ce but, pour un sujet normal, doit être acceptable par autrui et apporter une contribution au groupe. Lorsqu'un sujet se donne un but qui n'a de sens qu'au niveau de son individualité, et qui ainsi se trouve finalement contraire à celle-ci comme à la société, il sera, pour Adler, plus facilement tenté par le suicide. Faute d'accepter la nécessité de vivre en harmonie avec l'entourage, on serait porté à réagir à tout échec par un passage à l'acte de cette nature ou par la délinquance. La réaction prendrait alors valeur de reproche ou de vengeance. La psychologie du suicidant serait donc à expliquer à la fois par l'importance du

but, souvent inconscient, que le sujet s'est fixé, par le style de vie qu'il a choisi et par son degré de sociabilité.

3.2.4. Aujourd'hui

Pierre Satet, président de Suicide-écoute, s'indigne presque quant à la méconnaissance du taux de suicide des personnes âgées, pourtant très élevé, mais qui ne semble pourtant préoccuper personne. Selon lui, cet acte serait le résultat d'une fragilité physique des personnes âgées d'une part, mais surtout l'intensité de leur solitude. En 2003, la canicule nous a aussi tristement rappelé que les personnes âgées vieillissent souvent seules, dans l'indifférence et la solitude. C'est principalement cette indifférence, cette souffrance qui les pousse au passage à l'acte. Un bénévole de Suicide-écoute nous livre une de ses expériences : "Je me souviendrai toujours de cette femme âgée qui voulait mourir parce qu'elle venait de perdre son petit chat. Elle vivait toute seule avec lui depuis des années. Et venait de perdre son seul compagnon. Elle ne pouvait plus s'arrêter de pleurer." Le docteur Gilbert Ferrey, gériatre-psychiatre en banlieue parisienne, explique que la solitude n'est plus du tout supportée par les hommes âgés, surtout en cas de décès de leur conjointe car ils ont tendance à s'exprimer moins facilement que les femmes, ils choisissent donc de mourir en silence. Les spécialistes désignent, unanime, la dépression comme premier facteur explicatif du suicide chez les sujets âgés. Avant même l'isolement ou les douleurs physiques dues à la maladie. Michel Walter, professeur en psychiatrie au CHU de Brest, confirme qu'il s'agit bien de dépression, mais que celle-ci n'est pas facile à détecter, chez les personnes âgées, car elle est souvent masquée par des délire ou des plaintes somatiques. Rarement abordé dans notre

société, le suicide des personnes âgées est souvent qualifié de "légitime" ou encore de "rationnel". Moins spectaculaire que chez les jeunes, il est perçu comme un choix "sensé" : celui d'avancer un peu l'heure de sa mort. Pourtant, les personnes âgées aussi souffrent et leur mal-être ne perd pas en intensité à mesure qu'elles avancent en âge. Michel Hanus, président de la Fédération européenne de "Vivre son deuil", explique qu'en environ un siècle, l'image de la personne âgée a beaucoup évolué, passant de celle de l'ancien, respecté et savant, à celle du vieillard malade et ennuyeux. Yves Prigent, membre de l'union nationale pour la prévention du suicide (UNPS) admet toutefois que médecins et infirmières demandent à être informés sur la détresse des personnes âgées. Il est d'ailleurs de plus en plus sollicité pour animer des formations sur ce thème. Il reste toutefois un vrai problème, celui des moyens. Tant que le gouvernement ne s'engagera pas fermement, les choses resteront telles quelles. Sans vrai budget, rien ne sera fait pour soulager les personnes âgées. Marguerite Charazac-Brunel, psychanalyste, explique que les dépressions réactionnelles après des traumatismes font partie de la normalité. Par contre la dépression devient pathologique, quand la personne ne peut plus la gérer, quand elle se révèle insurmontable, trop intense et prolongée. Mais devant toute dépression, il faut se poser la question du risque suicidaire. Apprivoiser la solitude est un apprentissage, la capacité à être seul, et en être heureux. Cette aptitude n'est pas innée, elle s'apprend. Le psychanalyste Winnicott a insisté sur ce qu'il a appelé "la capacité à être seul". Cela signifie que les parents ont accepté que leur enfant puisse parfois jouer seul, de façon autonome, et qu'il n'est pas là pour combler leur peur d'être seuls

ou déprimés. Claude Renard nous fait part de son expérience concernant les signes précurseurs : Désinvestissement total des actes de la vie quotidienne et de loisirs (télévision), abandon d'intérêts pour certains aliments, expression d'une plainte de fatigue et de lassitude de la vie elle-même, perte de mémoires et de capacités d'orientation, dépression associée à des épisodes de confusion, alternant avec des moments de rémission et de conscience de la détérioration, difficultés d'adaptation à des situations nouvelles et donc de résistance au stress et aux traumatismes dus au vieillissement. Dans l'expression verbale : les adieux aux relations et aux proches, l'expression des dernières volontés avec parfois remaniement du testament, achat de tombe, des dons plus ou moins importants aux enfants, la décision de don de son corps à la science, la préoccupation du devenir des animaux familiers. De plus, près de la moitié des personnes âgées qui construisent ou ont construit un scénario suicidaire prennent contact avec leur médecin dans les jours qui précèdent le passage à l'acte. L'appel au secours et l'expression de l'intention suicidaire peuvent être très directs mais souvent dénué d'affectif quand la détermination est réelle. L'absence d'affects dépressifs rassure souvent faussement les soignants et l'entourage.

Par contre personne ne donne de solution miracle par rapport à la problématique du suicide des personnes âgées. C'est donc dans ce sens qu'il serait intéressant d'investiguer.

4. Énoncé des hypothèses

4.1. Générales

Les approches de Freud, de Jung, d'Adler et des spécialistes actuels semble se regrouper sous une même forme que l'on pourrait synthétiser comme suit : le suicide est une fuite permettant de solutionner de manière définitive un sentiment d'inutilité.

Je définirais donc l'hypothèse générale, comme suit : Le suicide des personnes âgées de plus de 75 ans serait dû à un sentiment de dévalorisation. Quels moyens pouvons-nous mettre sur pied pour revaloriser et réinsérer ces personnes âgées ?

4.2. Spécifiques

Tiré de l'hypothèse globale, voici quelques hypothèse spécifiques.

Pourrait-on augmenter la revalorisation des personnes âgées en :

- Leur prescrivant des antidépresseurs ?
- Leur suggérant des activités associatives ?
- Leur proposant des activités physiques ?
- Leur offrant des activités intellectuelles ?

5. La méthodologie

Dans le cadre de la méthodologie à utiliser dans le cadre de ce projet de recherche, je me suis vite rendu compte que l'utilisation de test, d'étude de cas, d'observation et d'expérimentation posaient

un problème majeur. Le suicide étant un acte définitif et plutôt imprévisible, il est donc difficile de mettre en place ces méthodes post-mortem. C'est donc en amont qu'il va falloir sonder les personnes âgées.

5.1. Population

Pour atteindre cet objectif je pense diviser la population des plus de 75 ans en trois catégories :

1. Cat1 : personnes autonomes dans la vie de tous les jours, sont capables de cuisiner, de faire leurs courses et de s'occuper de leur maison ou appartement
2. Cat2 : personne semi-autonome, ne sont plus capables de s'assumer complètement, mais veulent garder leur autonomie par l'intermédiaire de foyers de jour, soutien à domicile, ou avec une assistante sociale.
3. Cat3 : personnes dépendantes, ne sont plus capables de s'assumer et/ou de se déplacer de manière autonome, maladie dégénérative.

5.2. Elaboration du questionnaire

5.2.1. Mise en forme

Bien que beaucoup de personnes de plus de 75 ans ont gardé la totalité de leurs capacités, il est important de prendre en compte les éventuels troubles qui peuvent être dus à l'âge des sujets qui vont être interrogés. Il ne faut donc pas négliger la mise en forme du questionnaire, c'est-à-dire, faire en sorte que le rendu soit

lisible par tous. Pour ce faire, il serait utile d'utiliser de gros caractères, d'impression, sans empattement, ni fioritures, par exemple : min. Arial 14pt, et de maximiser les contrastes pour que la lecture soit aisée.

5.2.2. Types de Question

A mon avis, les types de questions à utiliser seraient des questions majoritairement fermées, sous formes de listing et de cases à cocher, pour éviter les problèmes relatifs aux écritures illisibles ainsi que d'éventuels tremblements dûs à l'âge. Il faudrait aussi veiller à utiliser un vocabulaire simple, qui ne demanderait pas un grand effort de compréhension ni l'utilisation de dictionnaire.

5.2.3. Questions

Je vais ci-après citer et développer l'utilité de chaque parties du questionnaire élaboré en vue de récolter des données pour valider ou infirmer les hypothèse générale et spécifiques.

- Les deux premières données concerneront le pays et la ville de résidence du sujet, ces deux champs seront complétés avant l'envoi.
- Concernant l'âge, il est préférable d'utiliser la formulation « année de naissance », qui devrait être plus facilement retenue, que l'âge lui-même, qui est en constante évolution.
- Le sexe sera une question dichotomique standard (homme, femme).
- La catégorie à laquelle appartient le sujet, une question à choix multiple, selon les 3 catégories précédemment définies.
- La question « Je suis marié » permettant une réponse dichotomique, permettra de répondre à l'hypothèse reposant sur

le fait qu'une personne célibataire serait plus tentée par le suicide.

- Celles « mon conjoint est-il en vie ? », à l'hypothèse que la compagnie serait un remède au suicide.
- Les questions relatives aux enfants, permettront de nous faire une idée sur les interactions entre compagnie des enfants et le suicide.
- Les questions concernant les interactions sociales seront utiles pour déterminer si le contexte social a une influence sur le suicide.
- L'apparence physique et la perte d'autonomie peuvent être un problème relatif au suicide.
- La grille d'évaluation, composé d'adjectifs, permet de se faire un bref résumé de l'état d'esprit du sujet, et de contrôler la cohérence des données du questionnaire.
- Les quatre dernières questions concernent, le suicide en tant que tel. Est-ce que le sujet y pense ? Est-ce qu'il se voit vivre encore longtemps

6. Conclusion

J'ai eu beaucoup de plaisir à travailler et à effectuer des recherches dans le cadre de ce projet tutoré. Il représente, pour moi la première connexion avec la réalité dans le domaine de la psychologie clinique.

Dans un autre ordre d'idée, j'ai été très étonné de constater la dure réalité du suicide des personnes âgées, que je ne connaissais pas, et qui semble être actuellement un véritable problème de société.

Quant aux résultats de la recherche ils semblent pointer vers la validation de l'hypothèse du sentiment d'inutilité et de dévalorisation. Et qu'il est certainement possible de palier à ce problème à l'aide de médicaments, d'activités physiques, sociales et intellectuelles ... pour répondre à ces préoccupations, il serait important de pouvoir continuer cette recherche.

Finalement, et pour terminer, un questionnement m'interloque quand même. Lorsque la santé physique est déficiente et/ou que les membres de la famille sont inexistants, que la personne ne trouve plus aucune joie dans les interactions sociales ... Pourquoi ne serait-il pas légitime de laisser s'en aller, les personnes qui le désire ? Est-il décent de laisser souffrir des personnes, et les faire patienter à atteindre un mort proche et inéluctable ?

7. Bibliographie

CHARAZAC-BRUNEL M, « Le suicide des personnes âgées. », art. l'impatient, mai 2003

MAYER R., « Le suicide des personnes âgées reste mésestimé et encore tabou. », art. Senioractu, septembre 2004

PREVILLE M., « Le suicide chez les personnes âgées. », art. Liaison, journal de la communauté universitaire de Sherbrooke, février 2004

RENARD C., « Conférence sur le suicide », Sierre, 2006

RIVIERE M, « Personnes âgées : suicide sous silence. », art. Seniorplanet, février 2005

UNIVESALIS, « Le suicide », Encyclopédie Universalis 2006

WIKIPEDIA, « Le suicide », art Wikipedia, 2003

8. Annexes

Questionnaire à l'attention des plus de 75 ans

Pays : Suisse

Ville : 3960 Sierre

Année de naissance : _____

Sexe :

Homme Femme

Vous êtes actuellement :

- A la maison, je prépare mes repas et fais mes courses moi-même.
 A la maison, et fais appel à une structure pour me livrer mes repas.
 Dans un foyer, où l'on s'occupe de moi.

Je suis marié(e) :

Oui Non

Mon conjoint est-il en vie :

Oui Non

J'ai des enfants :

- Oui 1
 Oui 2
 Oui plus de 3
 Non

J'ai des contacts avec mes enfants :

- Très régulièrement
 1 fois par semaine
 1 à 2 fois par mois
 1 à 2 fois par année
 Jamais

Ces contacts avec mes enfants :

- Me satisfont
 Ne me satisfont pas

J'ai des activités sociales :

- Très régulièrement
 1 fois par semaine
 1 à 2 fois par mois
 Jamais

Ces contacts :

- Me satisfont
- Ne me satisfont pas

J'ai des amis :

- oui entre 2 et 5
- oui entre 6 et 10
- oui plus de 10
- non

Mes amis d'enfance

- Sont auprès de moi
- Me manquent

Mon apparence physique est :

- Très importante
- Importante
- Ne m'intéresse pas

La perte de mon autonomie :

- M'angoisse
- Me fait peur
- M'est égal

Dans ma situation, je suis en général :

	Très	Moyennement	Pas très	Pas du tout
Heureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entouré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attirant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angoissé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Populaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le suicide :

- J'y pensais quand j'étais plus jeune
- J'y pense
- Je n'y ai jamais pensé

Sachant que l'espérance de vie moyen d'un homme se situe aux alentours de 80 ans et d'une femme 85 ans,

Selon moi, je vivrai encore :

- 21 ans et plus
- 16 à 20 ans
- 10 à 15 ans
- 5 à 9 ans
- 1 à 4 ans
- Moins d'1 an

Si je pouvais choisir, je voudrais vivre encore :

- 21 ans et plus
- 16 à 20 ans
- 10 à 15 ans
- 5 à 9 ans
- 1 à 4 ans
- Moins d'1 an

Pourquoi ?
