

Die Gesundheit der Insassen in Schweizer Gefängnissen 1993

La santé des détenus dans les prisons suisses en 1993

14

Gesundheit
Santé
Sanità

Resultate der Schweizerischen
Gesundheitsbefragung 1992/1993
Résultats de l'enquête suisse
sur la santé 1992/1993



Bundesamt für Statistik
Office fédéral de la statistique
Ufficio federale di statistica
Uffizi federal da statistica

BFS OFS UST

Bern, 1998

Die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebene Reihe «Statistik der Schweiz» gliedert sich in folgende Fachbereiche:

La série «Statistique de la Suisse» publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) couvre les domaines suivants:

0 Bereichsübergreifende Themen	0 Thèmes généraux
1 Bevölkerung	1 Population
2 Raum und Umwelt	2 Espace et environnement
3 Erwerbsleben	3 Emploi et vie active
4 Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen	4 Comptes nationaux
5 Preise	5 Prix
6 Produktion, Handel und Verbrauch	6 Production, commerce et consommation
7 Land- und Forstwirtschaft	7 Agriculture et sylviculture
8 Energie	8 Energie
9 Bau- und Wohnungswesen	9 Construction et logement
10 Tourismus	10 Tourisme
11 Verkehr und Nachrichtenwesen	11 Transports et communications
12 Geldmenge, Finanzmärkte und Banken	12 Masse monétaire, marchés financiers et banques
13 Soziale Sicherheit und Versicherungen	13 Sécurité sociale et assurances
14 Gesundheit	14 Santé
15 Bildung und Wissenschaft	15 Education et science
16 Kultur und Lebensbedingungen	16 Culture et conditions de vie
17 Politik	17 Politique
18 Öffentliche Finanzen	18 Finances publiques
19 Rechtspflege	19 Droit et justice

Die Gesundheit der Insassen in Schweizer Gefängnissen 1993

Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung
1992/1993

La santé des détenus dans les prisons suisses en 1993

Résultats de l'enquête suisse sur la santé
1992/1993

Bearbeitung
Rédaction

Christophe Koller
Bundesamt für Statistik / Office fédéral de la statistique

Herausgeber
Editeur

Bundesamt für Statistik
Office fédéral de la statistique



Bundesamt für Statistik
Office fédéral de la statistique
Ufficio federale di statistica
Uffizi federal da statistica

BFS OFS UST

Bern, 1998

Auskunft: Christophe Koller, Sektion Gesundheit, BFS, Tel. 031 324 75 61
Realisierung: Christophe Koller
Vertrieb: Bundesamt für Statistik
CH-3003 Bern
Tel. 031 323 60 60 / Fax 031 323 60 61
Bestellnummer: 234-9300
Preis: Fr. 14.–
Reihe: Statistik der Schweiz
Fachbereich: 14 Gesundheit
Originaltext: Französisch
Übersetzung: Madeleine Bachmann, dipl. Übersetzerin ETI
Grafik/Layout: BFS
Copyright: BFS, Bern 1998
Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Angabe der Quelle gestattet.
ISBN: 3-303-14038-3

Complément d'information: Christophe Koller, Section de la santé, OFS, tél. 031 324 75 61
Réalisation: Christophe Koller
Diffusion: Office fédéral de la statistique
CH-3003 Berne
Tél. 031 323 60 60 / Fax 031 323 60 61
Numéro de commande: 234-9300
Prix: 14 francs
Série: Statistique de la Suisse
Domaine: 14 Santé
Langue du texte original: Français
Traduction: Madeleine Bachmann, traductrice dipl. ETI
Graphisme/Layout: OFS
Copyright: OFS, Berne 1998
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales,
si la source est mentionnée.
ISBN: 3-303-14038-3

Inhaltsverzeichnis

Liste der Grafiken, Abbildungen und Tabellen	5
Verwendete Abkürzungen	9
Dank	11
Hinweis	13
Definitionen	13
Bemerkungen zur Auswahl der Unterpopulationen, Gewichtung und Zeichen- erklärung	14
Das Wichtigste in Kürze	15
1 Einführung	19
1.1 Ausrichtung der Untersuchung	20
1.2 Andere neuere Untersuchungen zum Thema Gesundheit in den Gefängnissen	20
1.3 Zielsetzung des Berichts und Inhalt	23
2 Methoden	24
2.1 Zusatzbefragung unter den Gefangenen im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung	24
2.2 Grenzen der Befragung und zusätzliche Informationen	28
2.3 Kurzbeschreibung der Klassifikations- variablen	31
3 Merkmale der Insassenpopulation	32
3.1 Soziodemographische Merkmale	32
3.1.1 <i>Insassenbestände, Dauer der Einweisung und neuere Entwicklung der Insassen- population in der Schweiz</i>	<i>32</i>
3.1.2 <i>Besondere Merkmale der Insassen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung</i>	<i>33</i>
3.2 Der Insasse im schweizerischen Straf- vollzugssystem	34
3.2.1 <i>Wohnort vor dem Eintritt ins Gefängnis</i>	<i>35</i>
3.2.2 <i>Berechnung der Aufenthaltsdauer im Gefängnis</i>	<i>36</i>
3.2.3 <i>Geographische Unterschiede, Grösse der Anstalt und Hafityp</i>	<i>37</i>
3.3 Soziale Beziehungen und Integrations- verhalten	39
4 Gesundheitszustand und Krankheits- symptome	42
4.1 Körperlicher Gesundheitszustand und Krankheitssymptome	42
4.1.1 <i>Körpergewicht, Blutdruck und Cholesterinspiegel</i>	<i>42</i>

Table des matières

Liste des graphiques, figures et tableaux	5
Abréviations utilisées	9
Remerciements	11
Avertissements	13
Définitions	13
Précisions quant à la sélection des sous- populations, la pondération et l'utilisation des signes	14
L'essentiel en bref	15
1 Introduction	19
1.1 Orientation de la recherche	20
1.2 Autres enquêtes récentes en rapport avec le thème de la santé dans les prisons	20
1.3 Objectifs du rapport et contenu	23
2 Méthodes	24
2.1 L'enquête auprès des détenus dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé	24
2.2 Limites de l'enquête et compléments d'informations	28
2.3 Brève description des variables de classification	31
3 Caractéristiques de la population incarcérée	32
3.1 Caractéristiques sociodémographiques	32
3.1.1 <i>Effectifs de détenus, durée d'incarcé- ration et évolution récente de la popula- tion incarcérée en Suisse</i>	<i>32</i>
3.1.2 <i>Spécificités de la population incarcérée par rapport à la population générale</i>	<i>33</i>
3.2 Le détenu au sein du système carcéral suisse	34
3.2.1 <i>Lieu de résidence avant l'entrée dans la prison</i>	<i>35</i>
3.2.2 <i>Estimation de la durée du séjour passé en prison</i>	<i>36</i>
3.2.3 <i>Différences géographiques, tailles et types de régime carcéral</i>	<i>37</i>
3.3 Relations sociales et modes d'intégration	39
4 Etat de santé et symptômes de maladies	42
4.1 Etat de santé physique et symptômes de maladies	42
4.1.1 <i>Poids corporel, tension artérielle et taux de cholestérol</i>	<i>42</i>

4.1.2	Subjektiver Gesundheitszustand	43	4.1.2	L'état de santé subjectif	43
4.1.3	Krankheitssymptome	45	4.1.3	Les symptômes de maladie	45
4.1.4	Probleme des Atemapparats: Chronische Bronchitis und Asthma	45	4.1.4	Problèmes respiratoires: bronchite chronique et asthme	45
4.2	Einschätzung der psychischen Gesundheit und affektive Störungen	45	4.2	Appréciation de la santé psychique et troubles affectifs	45
5	Präventivfaktoren und Risikofaktoren ..	49	5	Facteurs préventifs et facteurs de risques	49
5.1	Präventivfaktoren	49	5.1	Facteurs préventifs	49
5.1.1	Schweisstreibende körperliche Betätigung	49	5.1.1	Activités physiques provoquant de la sueur	49
5.1.2	Ernährungsbewusstsein	51	5.1.2	Attention portée à l'alimentation	51
5.2	Risikofaktoren	51	5.2	Facteurs de risques	51
5.2.1	Konsum von legalen Drogen	51	5.2.1	La consommation de drogues licites	51
5.2.1.1	Tabakkonsum	52	5.2.1.1	La consommation de tabac	52
5.2.1.2	Medikamentenkonsum	54	5.2.1.2	La consommation de médicaments	54
5.2.1.3	Alkoholkonsum	55	5.2.1.3	La consommation d'alcool	55
5.2.2	Konsum von illegalen Drogen	56	5.2.2	La consommation de drogues illicites ...	56
5.2.2.1	Unterschiedliche Prävalenzarten	58	5.2.2.1	Différences quant aux types de prévalences	58
5.2.2.2	«Weiche Drogen», «harte Drogen» und Art des Konsums	59	5.2.2.2	«Drogues douces», «drogues dures» et mode de consommation	59
5.2.2.3	Methadoneinnahme	59	5.2.2.3	Le recours à la méthadone	59
5.2.2.4	Unterschiede nach Strafkonzordat und Grösse der Anstalt	61	5.2.2.4	Différences selon le concordat pénitentiaire et la taille de l'établissement	61
5.3	Das Problem der Polytoxikomanie	62	5.3	Le problème de la polytoxicomanie	62
5.4	Zusammenhang zwischen Verhalten und gesundheitlichem Befinden	64	5.4	Liens entre les comportements et l'état de santé	64
6	Sterblichkeit, Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen und Zufriedenheit mit der Behandlung	68	6	Mortalité, recours aux services de santé et satisfaction des soins	68
6.1	Sterblichkeit in den Gefängnissen	69	6.1	La mortalité en milieu carcéral	69
6.2	Inanspruchnahme von Gesundheits- dienstleistungen	70	6.2	Le recours aux services de santé	70
6.3	Zufriedenheit mit der ärztlichen Be- handlung und den Pflegedienst- leistungen	72	6.3	Satisfaction des soins infirmiers et médicaux	72
7	Internationale Vergleiche	73	7	Comparaisons internationales	73
7.1	Gefängnisinsassen in der Schweiz: eine spezielle Population?	73	7.1	La population carcérale en Suisse: un cas spécifique?	73
7.2	Vergleiche bezüglich des Konsums von suchtfördernden Substanzen	75	7.2	Comparaisons quant à la consommation de substances pouvant induire une dépendance	75
8	Schlussbemerkungen	77	8	Conclusion	77
9	Anhänge	83	9	Annexes	83
10	Bibliographie	95	10	Bibliographie	95

Grafiken

G1	Wohnort des Gefangenen vor dem Eintritt ins Gefängnis.....	36
G2	Tabakkonsum und «Quit rate» (Männer 18-60 Jahre)	52
G3	Zusammenhang zwischen Präventivfaktoren, Risikofaktoren und Krankheitssymptomen. Vergleich mit der Gesamtbevölkerung, in Prozent (Männer 18-39 Jahre)	66
G4	Anzahl und Verteilung der Todesfälle nach Hauptursachen im Strafvollzug (1984-1995).....	70

Abbildungen

Abb. 1	Inhalt der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992 / 1993	26
Abb. 2	Grenzen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992 / 1993 (Zusammenfassung)	30
Abb. 3	Namensliste der wichtigsten Konkordatsanstalten in der Schweiz 1992 (einschliesslich ungefährer Insassenbestand)	37
Abb. 4	Definition der Indikatoren zum Konsum illegaler Drogen aufgrund der SGB.....	57
Abb. 5	Im Rahmen der SGB verwendete Typen von Indikatoren und Kategorien illegaler Drogen	58

Graphiques

G1	Lieu de résidence du détenu avant l'entrée dans la prison	36
G2	Consommation de tabac et renoncement à fumer (hommes 18-60 ans) .	52
G3	Relations entre facteurs préventifs, facteurs de risque et symptômes de maladie, comparaison avec la population générale, en pour cent (hommes 18-39 ans)	66
G4	Effectif et distribution des décès selon la cause principale en exécution des peines (1984-1995)	70

Figures

Fig. 1	Contenu de l'enquête suisse sur la santé en 1992 / 1993	26
Fig. 2	Les limites de l'enquête suisse sur la santé de 1992 / 1993 (résumé)	30
Fig. 3	Liste indicative nominale des principaux établissements concordataires (y compris le nombre approximatif de détenus) répertoriés en Suisse pour 1992	37
Fig. 4	Définition des indicateurs de consommation de drogues illicites sur la base de l'ESS	57
Fig. 5	Types d'indicateurs et catégories de drogues illicites utilisés dans le cadre de l'ESS	58

Texttabellen

T1	Methoden der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992 / 1993	27
T2	Soziodemographische Merkmale der Insassenpopulation, Vergleiche mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre)	34
T3	Jahr des Eintritts ins Gefängnis und Aufenthaltsdauer der Insassen 1993	36
T4	Insassenpopulation und -alter nach Hafttyp, Grösse des Gefängnisses und Strafvollzugskonkordat 1993	38
T5	Besuch von Personen von ausserhalb des Gefängnisses nach Nationalität der Insassen	40
T6	Subjektiver Gesundheitszustand und Krankheitssymptome der Insassen, Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre)	44
T7	Psychisches Befinden und Niedergeschlagenheit der Insassen, Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre)	47
T8	Körperliche Betätigung und Ernährungsbewusstsein unter den Insassen, Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre)	50
T9	Tabak-, Medikamenten- und Alkoholkonsum der Insassen, Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre)	53
T10	Illegaler Drogenkonsum der Insassen, Vergleich mit derselben Altersklasse der Gesamtbevölkerung (18-39 Jahre)	60
T11	Polytoxikomanie unter den Insassen, Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-39 Jahre)	63
T12	Zusammenhang zwischen gesundheitlichem Befinden und Verhalten unter den Insassen, Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-39 Jahre)	67

Tableaux insérés dans le texte

T1	Méthodes de l'enquête suisse sur la santé 1992 / 1993	27
T2	Caractéristiques socio-démographiques de la population incarcérée, comparaisons avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans)	34
T3	Année d'entrée dans la prison et durée du séjour des détenus en 1993	36
T4	Population et âge des détenus selon le type de régime, la taille de la prison et le concordat pénitentiaire en 1993	38
T5	Visites de personnes venant de l'extérieur de la prison selon la nationalité du détenu	40
T6	Etat de santé physique et symptômes de maladies des détenus, comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans)	44
T7	Santé psychique et état dépressif des détenus, comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans)	47
T8	Activités physiques et attention portée à l'alimentation auprès des détenus, comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans)	50
T9	Consommation de tabac, de médicaments et d'alcool des détenus, comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans)	53
T10	Consommation de drogues illicites des détenus, comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-39 ans)	60
T11	Polytoxicomanie auprès des détenus, comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-39 ans)	63
T12	Relation entre état de santé et comportements auprès des détenus, comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-39 ans)	67

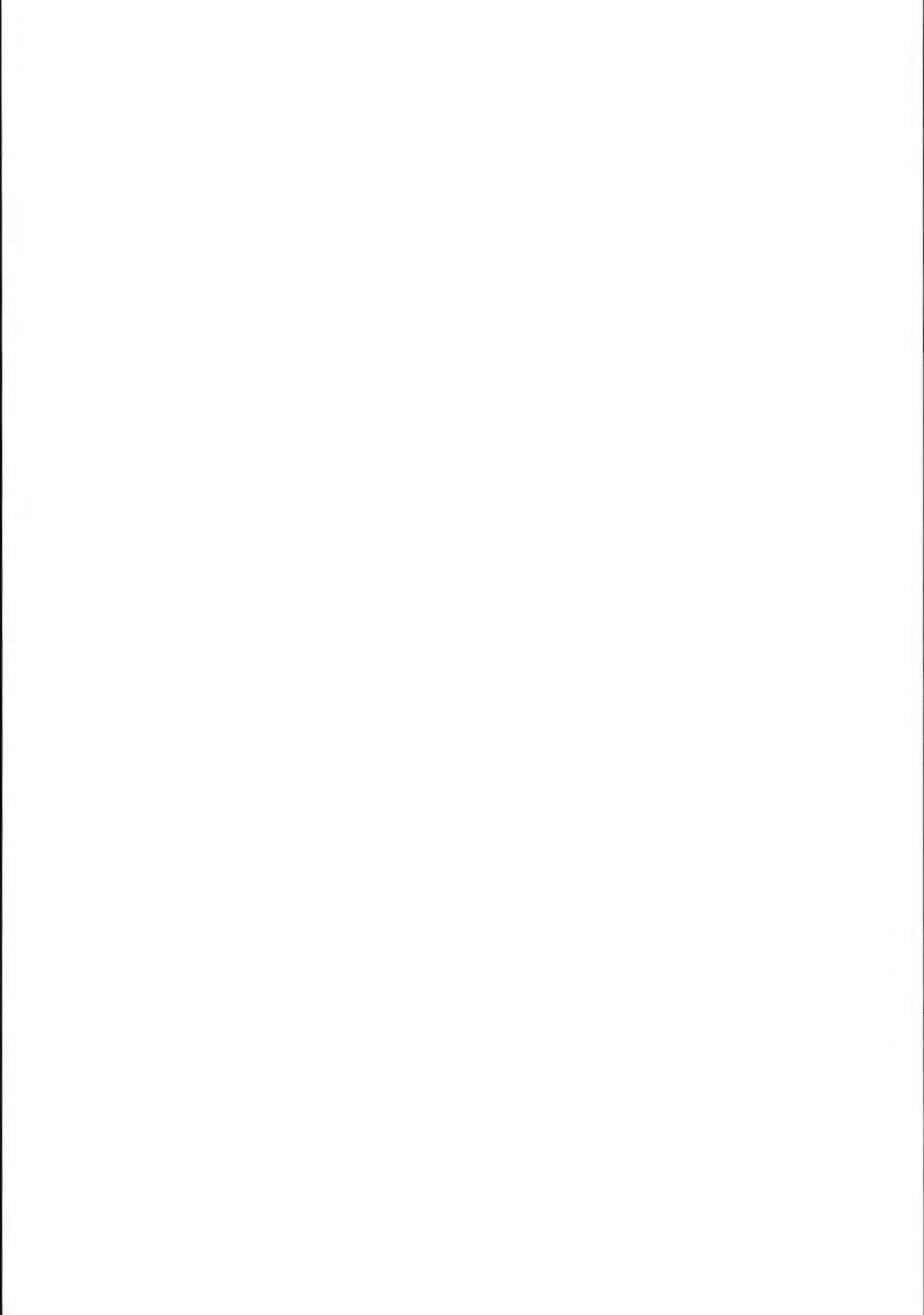
T13	Arztkonsultationen, Hospitalisierungen, Notfälle am Wochenende und Zufriedenheit mit den Dienstleistungen unter den Insassen, Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung, in Prozent (18-60 Jahre)	71	T13	Consultations médicales, hospitalisations, urgences pendant le week-end et satisfaction des services auprès des détenus, comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale, en pour cent (18-60 ans)	71
T14	Konsum von suchtfördernden Substanzen, Vergleich mit anderen Statistiken auf internationaler Ebene, in Prozent	76	T14	Consommation de substances pouvant induire une dépendance, comparaison avec d'autres statistiques au niveau international, en pour cent	76

Anhangtabellen

T1	Stichprobenquote der Insassenpopulation, Vergleiche mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre) . . .	85
T2	Zigarettenkonsum unter den Insassen pro Tag, im Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre)	86
T3	Affektive Schwankungen unter den Insassen, Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre)	87
T4	Illegaler Drogenkonsum unter den Insassen, Verteilung nach Konkordatsregion und Grösse der Anstalt (18-39 Jahre)	88
T5.1	Durchschnittlicher Insassenbestand und Todesursachen im Strafvollzug nach Ursachen, 1984 - 1995 (in absoluten Zahlen)	89
T5.2	Entwicklung der Insassenbestände und der Todesursachen im Strafvollzug, 1984 - 1995 (Basis 100=1984)	90
T5.3	Verteilung der Insassenbestände und der Todesfälle im Strafvollzug, 1984 - 1995 (in Prozent)	91
T6	Population, Struktur der Population und Sterblichkeit im Strafvollzugsregime, Vergleich mit der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung 1993	92
T7	Stichprobe der Gefängnisse und der Gefangenen, Stichprobenfehler und Antwortquote 1993	93

Tableaux en annexe

T1	Taux de sondage de la population des détenus, comparaisons avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans) . . .	85
T2	Consommation de cigarettes par jour auprès des détenus, comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans) . . .	86
T3	Troubles affectifs auprès des détenus, comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans)	87
T4	Consommation de drogues illicites auprès des détenus, répartition selon la région concordataire et la taille de l'établissement (18-39 ans)	88
T5.1	Effectif moyen de détenus et causes de décès en exécution des peines, de 1984 à 1995 (en nombre absolu)	89
T5.2	Evolution de l'effectif des détenus et des causes de décès en exécution des peines, de 1984 à 1995 (Base 100=1984)	90
T5.3	Répartition de l'effectif des détenus et des causes de décès en exécution des peines, de 1984 à 1995 (en pour cent) .	91
T6	Population, structure de la population et mortalité en régime d'exécution des peines, comparaison avec la population générale du même âge en 1993	92
T7	Echantillon des prisons et des détenus, erreurs d'échantillonnage et taux de réponses obtenu en 1993	93



Verwendete Abkürzungen

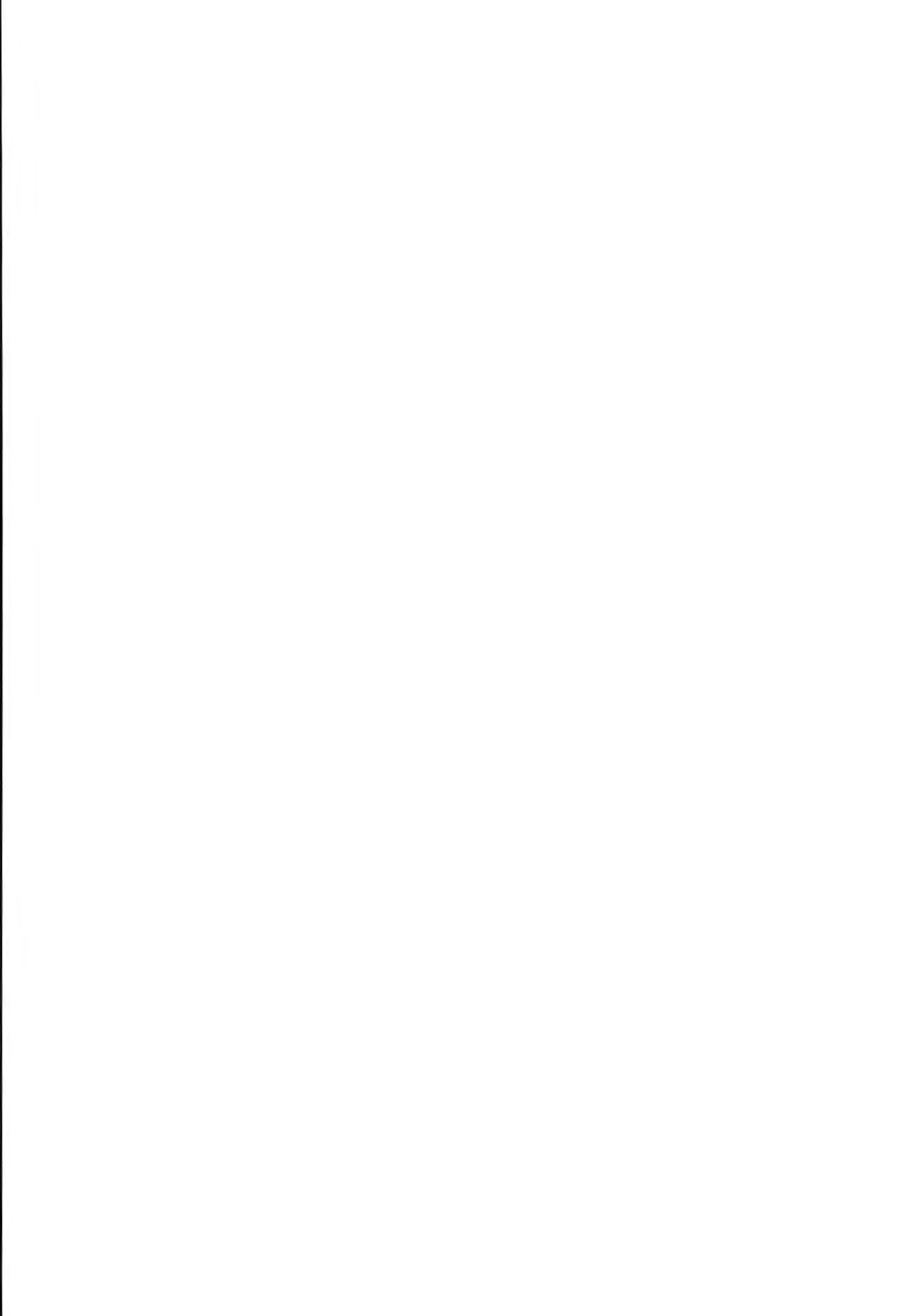
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BetmG	Betäubungsmittelgesetz
BFS	Bundesamt für Statistik
BJ	Bundesamt für Justiz
GES	Sektion Gesundheit, BFS
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Aids-Virus)
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten (10. Revision)
i.v.	intravenös
N	Grösse der Stichprobe oder Anzahl Personen, die Antwort gaben, bzw. den entsprechenden Punkt der Frage mit Ja beantworteten
NHSDA	National Household Survey on drug abuse (USA)
PM	Pressemitteilung
RECHT	Sektion Rechtspflege, BFS
STD	Standardabweichung
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
SAMBAD	Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich
SFA	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Suchtprobleme
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung bei den Privathaushalten
SGB-I	Schweizerische Gesundheitsbefragung bei den Personen in Institutionen
SMR	Standardisierte Mortalitätsrate
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch
VI	Vertrauensintervall bei 95% ¹⁾
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abréviations utilisées

CIM-10	Classification internationale des maladies (10ème révision)
CP	Communiqué de presse
CPS	Code pénal suisse
DROIT	Section du droit et de la justice de l'OFS
ESPA	Enquête suisse sur la population active
ESS	Enquête suisse sur la santé auprès des ménages
ESS-I	Enquête suisse sur la santé auprès des personnes vivant en institution
GES	Section de la santé de l'Office fédéral de la statistique
i.v.	intraveineux/intraveineuse
LC	intervalle de confiance à 95% ¹⁾
IMS	Indice de mortalité standardisé
ISPA	Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
LStup	Loi fédérale sur les stupéfiants
MST	Maladies sexuellement transmissibles
N	Taille de l'échantillon ou nombre de personnes ayant répondu à la question, respectivement oui à l'item de la question
NHSDA	The National Household Survey on drug abuse (USA)
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OFJ	Office fédéral de la justice
SAMBAD	Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoire dans le domaine de l'alcool et de la drogue
STD	Ecart-type
VIII	Abréviation française de «human immunodeficiency virus» (virus du Sida)

¹⁾ Berechnet mit der «Jack-knife»-Methode.

¹⁾ Calculé à partir de la méthode «Jack-knife».



Dank

Wir danken allen befragten Männern und Frauen sowie den Stellen, welche die Durchführung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung unter den Gefängnisinsassen ermöglicht haben, für ihre Mitarbeit. Ohne sie wäre dieser Bericht nicht zustande gekommen. Unser Dank gebührt auch den Justiz- und Strafvollzugsbehörden der Kantone und der Gefängnisse für die Erteilung der notwendigen Bewilligungen zur Durchführung der Interviews in den Gefängnissen.

Für unsere Arbeit unentbehrlich waren die wissenschaftliche Begleitung und die Unterstützung von Dina Zeegers-Paget (BAG), Josef Estermann (Universität Bern) und Thomas Spuhler (BFS-GES).

Ein herzliches Dankeschön an Priska Schürmann und Renate Cléménçon (BFJ) sowie die Herren David Koch und Philippe Lehmann (BAG) für ihre konstruktive Kritik.

Abschliessend sei daran erinnert, dass die Finanzierung der Zusatzbefragung bei den Institutionen weitgehend der Unterstützung des Bundesamts für Gesundheit zu verdanken ist.

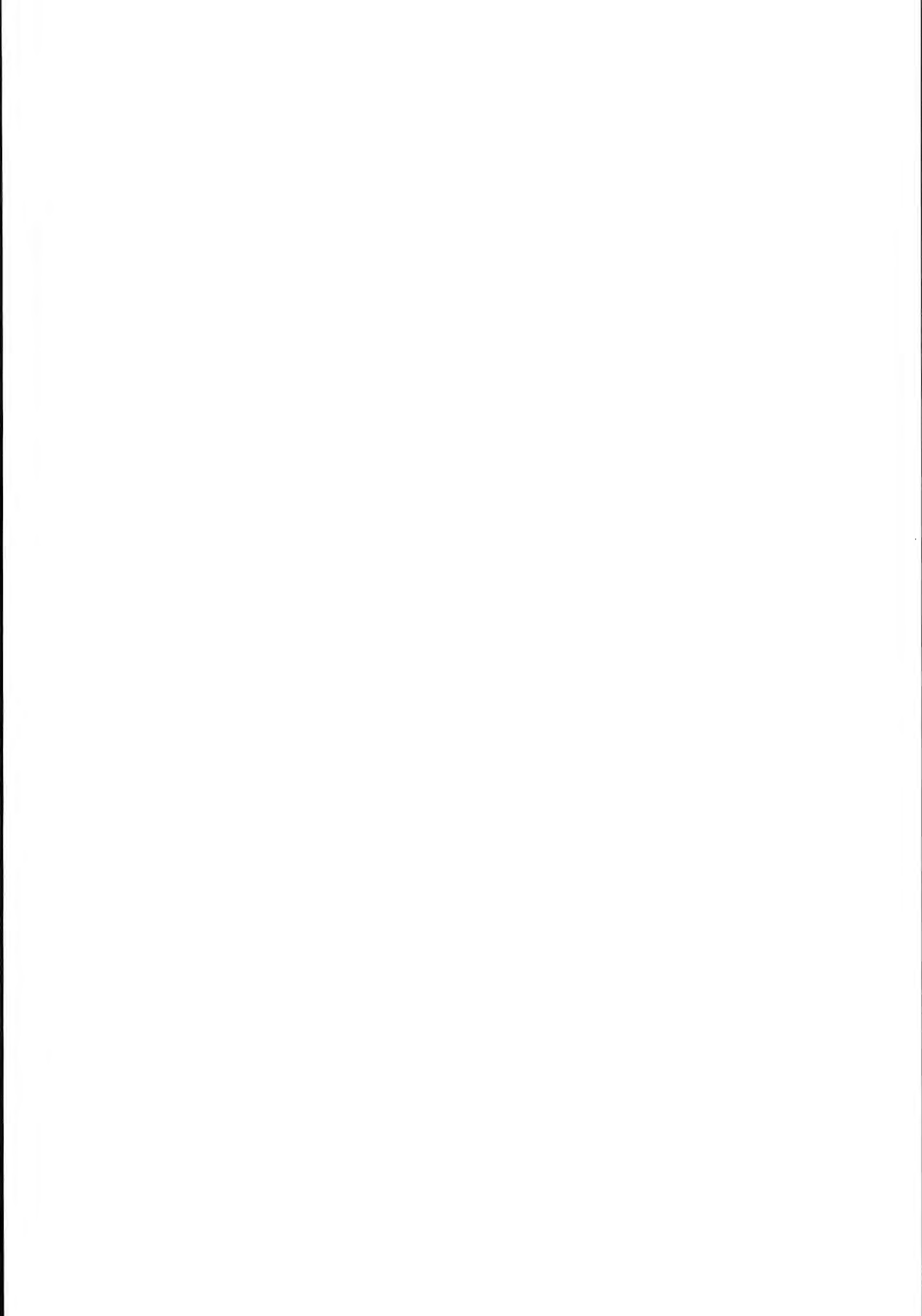
Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes interviewées ainsi que les services ayant permis la réalisation de l'enquête suisse sur la santé auprès des détenus. Sans eux ce rapport n'aurait pas pu voir le jour. Nos remerciements vont également aux autorités judiciaires et pénitentiaires des cantons et des prisons qui ont accordé les autorisations nécessaires pour mener à bien les interviews à l'intérieur des établissements.

Ce rapport n'aurait pas vu le jour sans l'appui scientifique et les encouragements répétés de Madame Dina Zeegers-Paget (OFSP), de Messieurs Josef Estermann (Université de Berne) et Thomas Spuhler (OFS-SANTE).

Un grand merci également à Mesdames Priska Schürmann et Renate Cléménçon (OFJ) ainsi que Messieurs David Koch et Philippe Lehmann (OFSP) pour les critiques constructives qu'ils nous ont communiqué.

Pour terminer, rappelons que le financement de l'enquête complémentaire menée auprès des institutions est largement redevable du soutien de l'Office fédéral de la santé publique.



Hinweis

- a) Die in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse basieren auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die 1993 in den Gefängnissen und 1992/93 bei den Privathaushalten durchgeführt wurde. Bei den anderen Resultaten werden die Quelle und das genaue Erhebungsdatum ausdrücklich erwähnt. Ist keine Quelle angegeben, so handelt es sich um Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung.
- b) Gewisse Fragen beziehen sich auf Prävalenzen, die verschieden lange Zeiträume betreffen. Diese können sich von aktuellen Situationen (Antwort auf die Frage: «*was tun Sie im Moment genau?*») bis zu Erfahrungen im Verlauf des Lebens (Antwort auf die Fragen: «*was haben Sie im Verlauf Ihres Lebens mindestens einmal getan?*») bewegen. Je länger diese Zeitsräume sind, desto weniger kann entsprechend unterschieden werden, ob sich die Angaben auf Situationen im Gefängnis oder ausserhalb beziehen.
- c) Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im vorliegenden Bericht nur die männliche Form verwendet. Falls nicht ausdrücklich etwas anderes erwähnt wird, bezieht sich diese aber stets auf beide Geschlechter.

Definitionen

- a) In der vorliegenden Studie bezieht sich der Begriff «*(Gefängnis-)Insassen*» auf in der Schweiz wohnhafte Gefangene, die sich seit mindestens drei Monaten in Untersuchungshaft oder im Strafvollzug befinden.
- b) Als «*regelmässige Konsumenten harter Drogen*» werden Personen bezeichnet, die in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal wöchentlich harte Drogen konsumierten (Heroin, Kokain, Methadon, Crack-Freebase, Amphetamine, Halluzinogene).
- c) Unter «*Drogen*» verstehen wir alle Arten von Substanzen, die süchtig machen können (also auch Tabak, Medikamente und Alkohol).

Avertissements

- a) La plupart des résultats présentés dans ce rapport se basent sur l'enquête suisse sur la santé effectuée en 1993 pour les détenus, et 1992 / 1993 pour les ménages privés. Pour les autres résultats, la source et la date exactes du relevé sont mentionnées de manière explicite. Si aucune source n'est mentionnée, cela signifie que les résultats sont issus de l'enquête suisse sur la santé.
- b) Certaines questions se rapportent à des prévalences relatives à des périodes différentes. Celles-ci peuvent être réparties entre des situations actuelles (réponse à la question «*que faites-vous en ce moment précis?*») et des expériences réalisées au cours de la vie (réponse à la question: «*qu'avez-vous fait au cours de votre vie au moins une fois?*»). Plus ces périodes s'allongent, moins il sera possible de différencier si les données se rapportent à des situations vécues à l'intérieur ou à l'extérieur de la prison.
- c) Pour faciliter la lecture, c'est uniquement la forme masculine qui a été utilisée dans ce rapport. Cependant, elle se rapporte toujours aux deux sexes, à moins que l'inverse soit explicitement précisé.

Définitions

- a) Dans cette étude, la notion de «*population carcérale*» se rapporte aux détenus résidants en Suisse et se trouvant en exécution de peines ou en détention préventive depuis au moins trois mois.
- b) Par «*consommateurs réguliers de drogues dures*», nous entendons les personnes ayant consommé des drogues dures (héroïne, cocaïne, méthadone, crack-freebase, amphétamines, hallucinogènes) au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois.
- c) Par «*drogues*», nous pensons à tous les types de substances pouvant induire une dépendance (donc y compris le tabac, les médicaments et l'alcool).

Bemerkungen zur Auswahl der Unterpopulationen, Gewichtung und Zeichenerklärung

Für die Analyse der Ergebnisse wurde im wesentlichen ein deskriptiver Ansatz gewählt. D.h. die Ergebnisse für die Insassen werden gleichzeitig mit jenen für die Gesamtbevölkerung im Alter von 18 bis 60 Jahren präsentiert. Unsere Zahlen stimmen daher möglicherweise nicht mit den Resultaten für die Gesamtbevölkerung überein, die bisher auf der Grundlage der Schweizerischen Gesundheitsbefragung publiziert wurden.

Um alters- und geschlechtsbedingte Effekte zu vermindern, wurde in gewissen Fällen beschlossen, nur die Ergebnisse für die Männer vorzustellen. Für die Frauen werden nur Gesamtergebnisse präsentiert. Die Ergebnisse betreffend die illegalen Drogen beziehen sich nur auf die 18-39jährigen.

Jeder befragten Person wird ein Gewicht zugeordnet, das ihre Repräsentativität für die entsprechende Bevölkerung gewährleistet. Die Ergebnisse beziehen sich auf die Bevölkerung (gewichtete Stichprobe). Andererseits werden **die fehlenden Werte von den Analysen ausgeschlossen**. Aus diesem Grund kann die in Betracht gezogene Anzahl Beobachtungen variieren.

Um die **Zuverlässigkeit der Resultate** zu garantieren, sind nach Ansicht des BFS mindestens 30 Beobachtungen pro Zelle erforderlich. Ist diese Anzahl kleiner, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten. Durch Extrapolation erhaltene Zahlen, die auf weniger als 3 Interviews beruhen, werden in der Regel durch Punkte (...) ersetzt. Liegt die Anzahl Beobachtungen zwischen 3 und 29, werden die Zahlen in Klammern gesetzt. Der Gedankenstrich (-) zeigt an, dass gar keine Antwort erhältlich war.

Im allgemeinen ist ohne Rücksicht auf die Endsumme auf- bzw. abgerundet worden. Die Totalbeträge können deshalb geringfügig von der Summe der Einzelwerte abweichen.

Précisions quant à la sélection des sous-populations, la pondération et l'utilisation des signes

Nous avons retenu principalement l'approche descriptive pour l'analyse des résultats. Ainsi, nous présenterons les résultats obtenus pour les détenus parallèlement à ceux de la population générale âgée de 18 à 60 ans. Dès lors, il se peut que nos chiffres ne correspondent pas à d'autres résultats déjà publiés pour la population générale sur la base de l'enquête suisse sur la santé.

Afin de limiter les effets dus à l'âge et au sexe, nous avons choisi de présenter certains résultats uniquement pour les hommes. Pour les femmes, seuls les totaux ont été retenus. Les résultats relatifs aux drogues illicites se rapportent aux personnes âgées de 18 à 39 ans.

A chaque individu interviewé correspond un poids qui permet à la personne interviewée d'être représentative de la population à laquelle elle se réfère. Les résultats se réfèrent à la population (échantillon pondéré). D'autres part, **les données manquantes ont toujours été exclues de l'analyse**. C'est la raison pour laquelle le total des observations pris en considération peut varier.

Pour assurer la **fiabilité des résultats**, l'OFS considère qu'il faut compter au moins 30 observations par cellule. Si ce nombre est plus petit, les résultats doivent être interprétés avec précaution. Les chiffres obtenus par extrapolation qui se fondent sur moins de 3 interviews sont remplacés par des points (...). Ceux qui ont été calculés à partir de 3 à 29 interviews ont été mis entre parenthèses. Lorsque aucune réponse n'a été donnée pour l'item considéré, nous avons utilisé un tiret (-).

En général, nous avons arrondi à la valeur supérieure ou à la valeur inférieure sans tenir compte de la somme totale. Par conséquent, il se peut que les totaux s'écartent très légèrement de la somme des différentes valeurs les constituant.

Das Wichtigste in Kürze

- Die **Schweizerische Gesundheitsbefragung** bei den Gefangenen von 1993 ist repräsentativ für die Gesamtheit der in der Schweiz wohnhaften und seit über drei Monaten inhaftierten Insassen. Sie ermöglicht Vergleiche mit der 1992/1993 durchgeführten Schweizerischen Gesundheitsbefragung bei den Privathaushalten, da dieselben Methoden und Fragen verwendet wurden.
- **Die untersuchte Insassenpopulation** besteht zu 84% aus Männern unter 40 Jahren (Gesamtbevölkerung: 56%), wobei das Durchschnittsalter bei 32 Jahren liegt. Die jüngsten Insassen waren 18, die ältesten 60 Jahre alt. 41% der inhaftierten Personen verfügen lediglich über eine elementare Schulbildung (höchstens obligatorische Schule), während dieser Anteil bei den Haushalten 19% beträgt. 8 von 10 Insassen, die den Befragungskriterien entsprachen, waren Schweizer (gleicher Anteil wie bei der Gesamtbevölkerung).
- **Was die soziale Unterstützung und die Beschäftigung** betrifft, so werden 3 von 10 Insassen nach eigenen Angaben weniger als einmal monatlich besucht. 6 von 10 haben niemanden, dem sie sich anvertrauen können. 86% der Insassen geben an, im Gefängnis einer Arbeit nachzugehen.
- Der körperliche und psychische **Gesundheitszustand der Insassen** ist deutlich schlechter als jener der Gesamtbevölkerung. Sie leiden häufiger unter starken Beschwerden (49% gegenüber 25%), insbesondere die Frauen (74% gegenüber 31%) und die hier wohnhaften Ausländer (58% gegenüber 32%). Anders ist die Situation bei den *«regelmässigen Konsumenten harter Drogen»*: 64% melden starke Beschwerden im Vergleich zu 75% bei den Haushalten. 38% der Insassen waren (in den letzten 7 Tagen) wiederholt depressiven Stimmungen unterworfen, gegenüber 8% der Allgemeinbevölkerung. Verbreitet sind auch Probleme mit dem Atmungsapparat: 14% der Insassen leiden unter chronischer Bronchitis und 12% unter Asthma (bei den Haushalten sind es 2% und 3%).
- **Die Übersterblichkeit** ist ein typisches Merkmal der Insassenpopulation. Ihre Sterbewahrscheinlichkeit (im Gefängnis) ist nahezu acht mal höher als jene der Gesamtbevölkerung. Besonders stark betroffen von dieser Übersterblichkeit sind die schwerabhängigen Konsumenten harter Drogen. Zwischen 1984 und 1995 wurde ein Drittel aller Todesfälle im Strafvollzug (durchschnittlich 6 pro Jahr bzw. 33% des Totals) durch eine Drogenüberdosis verursacht, gefolgt von Selbstmord (durchschnittlich 5 pro Jahr bzw. 27%), und Krankheit (rund 4 pro Jahr, bzw. 20%).

L'essentiel en bref

- **L'enquête suisse sur la santé** menée auprès des détenus en 1993 est représentative de l'ensemble de la population incarcérée pour une période d'au moins trois mois et résidant en Suisse. Elle permet de réaliser des comparaisons avec l'enquête suisse sur la santé menée auprès des ménages privés réalisée en 1992 / 1993, puisque les méthodes et les questions posées sont les mêmes.
- **La population des détenus étudiée** est constituée dans 84% des cas d'hommes de moins de 40 ans (56% auprès de la population générale), l'âge moyen étant de 32 ans. Les détenus les plus jeunes ont 18 ans et les plus âgés 60 ans. En prison, 41% des détenus ne disposent que d'une formation élémentaire (maximum école obligatoire) alors que le taux s'établit à 19% auprès des ménages. D'autre part, 8 détenus répondant aux critères de l'enquête sur 10 étaient de nationalité suisse (taux identique pour la population).
- **Quant au soutien social et à l'occupation**, 3 détenus sur 10 déclarent recevoir des visites de l'extérieur moins d'une fois par mois. 6 sur 10 n'ont aucune personne en qui ils puissent se confier. 86% des personnes incarcérées déclarent travailler au sein de la prison.
- **L'état de santé** physique ou psychique est nettement moins bon parmi les détenus par rapport à la population générale. Les forts symptômes de maladies y sont plus fréquents (49% contre 25%), surtout pour les femmes (74% contre 31%) et les étrangers résidants (58% contre 32%). Parmi les *«consommateurs réguliers de drogues dures»*, la situation est différente: 64% de forts symptômes contre 75% auprès des ménages. Les états dépressifs récurrents (au cours des 7 derniers jours) touchent 38% des détenus et 8% de la population générale. Les problèmes relatifs à l'appareil respiratoire sont fréquents: 14% des détenus sont atteint de bronchite chronique et 12% souffrent d'asthme (2% et 3% pour les ménages).
- **La surmortalité** caractérise la population des détenus. Ces derniers ont en effet près de 8 fois plus de chance de décéder (en milieu carcéral) par rapport à la population générale. Cette surmortalité touche particulièrement les consommateurs chroniques de drogues dures. Ainsi, un tiers des décès recensés entre 1984 et 1995 en exécution de peine sont causés par des overdoses (soit une moyenne de 6 par an, soit 33% de la totalité). Viennent ensuite les suicides (5 en moyenne par an, soit 27%), puis les maladies (environ 4 décès par an, soit 20%).

- **Gesundheitsfördernde Faktoren** sind auch bei den Gefangenen auszumachen. 47% geben an, mindestens dreimal pro Woche durch körperliche Betätigung ins Schwitzen zu kommen. Zudem scheinen die Insassen über ein gutes Ernährungsbewusstsein zu verfügen, dem seitens der zuständigen Stellen mit einem vielseitigen Verpflegungsangebot entsprochen wird.
- Die Gefängnisse sind mit dem Problem des **Überkonsums von suchtfördernden Substanzen** konfrontiert: 84% der Insassen sind Raucher, im Vergleich zu 35% der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung. 53% haben in den letzten 7 Tagen Medikamente konsumiert (31% bei den Haushalten). Davon haben 32% nach eigenen Angaben Schlafmittel und 19% Beruhigungsmittel genommen (4 und 2% bei den Haushalten). Was den Alkoholkonsum betrifft, so geben 11% der Insassen an, gewöhnlich mindestens dreimal pro Tag zu trinken (2% der Gesamtbevölkerung).
- **In den Gefängnissen befinden sich viele Drogensüchtige (25-70%)**. Laut der Gesundheitsbefragung verfügen 73% der Insassen über Erfahrung mit harten Drogen (5% der Gesamtbevölkerung). 36% (VI: 27,4-45,5%) sind als regelmässige Konsumenten harter Drogen zu betrachten (1,8% bei den Haushalten (VI: 1,5-2,1%)). Von diesen regelmässigen Drogenkonsumenten nehmen 20% (VI: 10,5%-29,5%) Opiate, 11% ausschliesslich Heroin, 4% ausschliesslich Kokain und 10% Methadon. 20% der Drogenkonsumenten nehmen den Stoff durch Spritzen zu sich. Von der Spritze machen die Heroin- und Kokainkonsumenten unter den Insassen besonders häufig Gebrauch (rund jede zweite Person konsumiert die Drogen auf diese Art).
- **Die Gesundheitsdienstleistungen werden rege beansprucht, und die Insassen äussern sich befriedigt über ihre Qualität**. Alle inhaftierten Personen müssen sich beim Eintritt ins Gefängnis einer ärztlichen Kontrolle unterziehen. 88% der befragten Insassen gaben an, in den letzten 12 Monaten einen Arzt konsultiert zu haben (76% der Gesamtbevölkerung). Die ambulante Gesundheitsversorgung in den Gefängnissen scheint gut zu funktionieren: 8 von 10 Insassen sind zufrieden mit den Dienstleistungen des Krankenpflegepersonals und 7 von 10 mit der ärztlichen Behandlung. Dagegen scheint Gewalt unter den Insassen ein verbreitetes Phänomen zu sein: 18% der ärztlichen Konsultationen und 21% der Hospitalisierungen gehen auf das Konto von Verletzungen oder Vergiftungen. Und rund 11% der Insassen benötigten einen ärztlichen Notfalldienst am Wochenende (5% der Gesamtbevölkerung).
- **Im internationalen Vergleich** gehört die Schweiz zu den Ländern mit starker Prävalenz im Bereich des Konsums von illegalen (sämtliche Drogen, welche
- **Les facteurs allant dans le sens d'une promotion de la santé** sont bien visibles auprès des détenus. 47% déclarent effectuer des activités physiques provoquant de la sueur au moins 3 fois par semaines et l'attention portée à l'alimentation semble être bonne autant du côté des détenus que par rapport à la variété des menus proposés par les services responsables.
- Les personnes incarcérées sont confrontées à une **surconsommation de substances provoquant des dépendances**: 84% des détenus fument contre 35% auprès de la population générale du même âge. 53% ont consommé des médicaments au cours des sept derniers jours (31% auprès des ménages). Parmi ceux-ci, 32% déclarent avoir pris des somnifères et 19% des calmants (4 et 2% auprès des ménages). Quant à leur consommation d'alcool, 11% déclarent boire habituellement au moins 3 fois par jour (2% auprès de la population).
- **Les prisons comptent de nombreux toxicomanes (25-70%)**. Sur la base de cette enquête, 73% des détenus avouent avoir eu une expérience avec les drogues dures (5% hors institution). 36% (IC: 27,4-45,5%) peuvent être considérés comme des consommateurs réguliers de drogues illicites (1,8% auprès des ménages (IC: 1,5-2,1%)). Parmi ces utilisateurs réguliers, 20% (IC: 10,5%-29,5%) consomment des opiacés, 11% uniquement de l'héroïne, 4% uniquement de la cocaïne, 10% de la méthadone. Quant au mode d'utilisation, 20% des consommateurs s'injectent ces drogues. L'injection est particulièrement courante pour l'héroïne et la cocaïne «intra muros» (environ une personnes sur deux recourt à ce mode de consommation).
- **Les services de santé sont fréquemment utilisés et leur qualité est jugée satisfaisante par les détenus**. Tout détenu doit passer une visite médicale lors de l'entrée en prison. Ainsi, 88% des détenus interviewés répondent avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois (76% auprès de la population). Les services de santé des prisons semblent offrir de bonnes conditions de prise en charge ambulatoire: 8 détenus sur 10 sont satisfaits des soins infirmiers et 7 sur 10 des soins médicaux. Par contre, il semble que la violence est prévalante parmi les détenus: 18% des consultations chez le médecin et 21% des hospitalisations sont dues à des lésions ou à des empoisonnements. Et environ 11% des détenus ont eu recours à un service médical d'urgence pendant le week-end (5% auprès de la population).
- **En comparaison internationale**, la Suisse se trouve parmi les pays à prévalence forte quant à la consommation de drogues licites (tabac, médicaments, alcool) et illicites (toutes drogues contrevenant à la LStup). Au niveau épidémiologique, elle est particulièrement touchée par l'infection par le VIH

gegen das BetmG verstossen) und legalen Drogen (Tabak, Medikamente, Alkohol). In epidemiologischer Hinsicht ist sie besonders stark von der HIV-Infektion betroffen (2%-10%), bedingt durch den hohen Anteil an Drogenabhängigen (und insbesondere Heroinabhängigen) unter den Insassen.

- Als **Bilanz der Analyse** ist festzuhalten, dass die positiven oder negativen Verhaltensweisen, der Wohnort und die sozialen Beziehungen einen grossen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Insassen und der Gesamtbevölkerung haben.

Der körperliche Gesundheitszustand und das psychische Wohlbefinden von Gefangenen sind, im Vergleich mit der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung, weniger gut. Insbesondere stellen wir unter den Häftlingen auch eine erhöhte Rate an gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen fest.

Obschon der Frauenanteil in den Gefängnissen gering ist, ist ihre Morbidität besonders besorgniserregend.

Abschliessend halten wir fest, dass der Einfluss der Gefangenschaft auf die Gesundheit der Inhaftierten anhand unserer Untersuchung nicht evaluiert werden kann, weil wir keine Kenntnisse des Gesundheitszustandes und der Verhaltensweisen vor und nach der Inhaftierung haben.

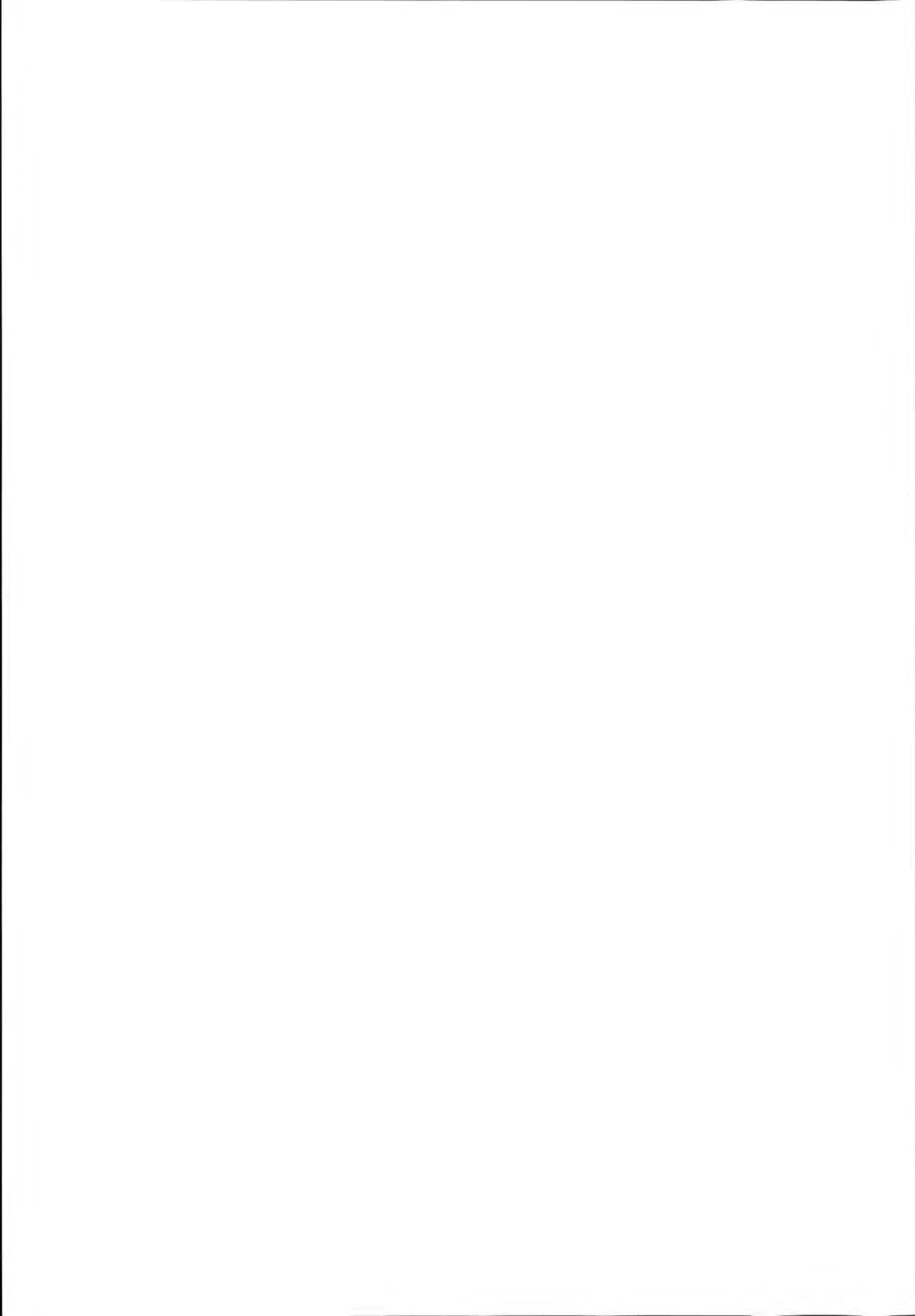
(2%-10%). Ce phénomène s'explique par le fort taux de toxicomanes (et en particulier d'héroïnomanes) vivant dans les prisons.

- Au **bilan de l'analyse**, notons que les comportements positifs ou négatifs, le lieu de résidence et les relations sociales déterminent largement l'état de santé des détenus et de la population en général.

L'état de santé physique et le bien-être psychique autodéclarés sont moins bons parmi les personnes incarcérées par rapport à la population générale du même âge. Nous remarquons particulièrement un taux plus élevé de comportements dommageables pour la santé auprès des détenus.

Bien que les femmes soient peu nombreuses en prison, leur morbidité est particulièrement préoccupante.

Pour terminer, nous soulignons que l'influence de la prison sur la santé du détenu ne peut pas être évaluée sur la base de notre enquête étant donné la non connaissance de l'état santé et des comportements avant et après l'incarcération.



1 Einführung

Mit der Zunahme der Drogenprobleme und der Präsenz von Epidemien im Gefängnisumfeld hat sich das Thema Gesundheit in den Gefängnissen zu einem wichtigen Bereich der gerichtsmedizinischen Politik in der Schweiz entwickelt. Obschon in der Öffentlichkeit oft kaum etwas über die Gesundheit in den Gefängnissen bekannt ist, stellt diese doch einen wesentlichen Bestandteil der Gesundheitspolitik des Bundes dar. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat sie im übrigen als prioritäres Programm in seine Planung für die Jahre 1997-2002 aufgenommen. Die zuständigen Instanzen sind sich bewusst, dass das körperliche oder seelische Befinden eines Gefangenen seine Chancen für eine gesellschaftliche und berufliche Wiedereingliederung beeinflusst und dass die «Risikominderung» in den Gefängnissen gleichzeitig ein Präventivfaktor für die gesamte Bevölkerung darstellt. «Die Aids- und Drogenprävention im Straf- und Massnahmenvollzug kann nicht losgelöst von einer umfassenden Gesundheitsförderung betrachtet werden. Das Gefängnis ist ein Ort, an dem Gesundheitsförderung sinnvoll und machbar ist (...)»²¹.

Auf der rechtlichen Ebene sieht das Schweizerische Strafbuch vor, dass «der Vollzug der Zuchthaus- und Gefängnisstrafe erziehend auf den Gefangenen einwirken und ihn auf den Wiedereintritt in das bürgerliche Leben vorbereiten soll» (Art. 37 StGB). Die Anstaltsleitungen ihrerseits sind verantwortlich für das «seelische, geistige und körperliche Wohl» der Insassen, und sie haben die entsprechenden Einrichtungen bereitzustellen (Art. 46 Abs. 2 StGB).

Die Mehrheit der Studien, die seit den 70er Jahren auf schweizerischer und europäischer Ebene durchgeführt wurden (vgl. Bibliographie im Anhang), kommt allerdings eher zum Schluss, dass die Zeit der Haft die Aussichten der Gefangenen auf eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft schmälert und dass sie die Ungleichheiten sowohl in sozialer als auch in gesundheitlicher Hinsicht wiederaufleben lässt und verschärft. Diese Untersuchungen bemängeln die schlechten sanitären Bedingungen, die Überbelegung sowie den Tabak-, Drogen- und Medikamentenkonsum in den Gefängnissen - ein Konsum, der deutlich grösser ist als in der Allgemeinbevölkerung. Gewalt und Selbstmord sind häufige Phänomene, und die Insassen sind viel stärker von Krankheiten (sexuell übertragbare und andere) betroffen.

Um die Kenntnis des Gesundheitszustands dieser spezifischen Population in der Schweiz zu verbessern, beschloss das Bundesamt für Statistik (BFS), in Übereinstimmung und mit der Unterstützung des Bundes-

1 Introduction

Avec l'augmentation des problèmes liés à la drogue ainsi que la présence d'épidémies en milieu carcéral, le thème de la santé dans les prisons est devenu l'un des domaines importants de la politique médico-légale en Suisse. Même si la santé dans les prisons reste souvent mal connue du public, force est de constater qu'elle constitue une des composantes principales de la politique de santé publique du ressort de la Confédération. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) l'a d'ailleurs inscrite comme programme prioritaire dans sa planification pour les années 1997-2002. Les instances responsables tiennent en effet compte que l'état physique ou mental du détenu conditionne ses chances de réinsertion sociale et professionnelle et que la «diminution des risques» encourus en milieu carcéral constitue aussi un facteur préventif pour l'ensemble de la population. «La prévention du Sida et des drogues dans l'exécution des peines et mesures ne peut pas être considérée indépendamment de la promotion de la santé en général. La prison est un lieu où la promotion de la santé est judicieuse et faisable (...)»²¹.

Au niveau du droit, il est important de rappeler que le Code pénal suisse prévoit que «la réclusion et l'emprisonnement seront exécutés de manière à exercer sur le détenu une action éducative et à préparer son retour à la vie libre» (Art. 37, CPS). Les autorités pénitentiaires, de leur côté, sont responsables de la «santé morale, culturelle et corporelle» des détenus et doivent prendre les dispositions nécessaires à ces fins (Art. 46, al. 2, CPS).

Or, la plupart des études menées depuis les années 1970 au niveau suisse et européen (cf. bibliographie en annexe) tendent à démontrer que la période d'emprisonnement tend plutôt à diminuer les chances des prisonniers en vue d'une réintégration dans la société, et qu'elle conduit à reproduire et accentuer les inégalités tant au point de vue social que devant la santé. Ces recherches dénoncent les mauvaises conditions d'hygiène, la surpopulation, la consommation de tabac, de drogues, de médicaments dans les prisons, consommation qui est bien plus élevée qu'auprès de la population générale. La violence et le suicide y sont fréquents et les maladies (MST ou non) touchent beaucoup plus durement les prisonniers.

C'est pour mieux connaître l'état de santé de cette population spécifique en Suisse, que l'Office fédéral de la statistique (OFS) a décidé - en accord et avec le soutien de l'Office fédérale de la santé publique

²¹ Spectra, BAG, März 1997.

²¹ Spectra, OFSP, mars 1997.

amts für Gesundheit (BAG), die Gefängnisse in seine Gesundheitsbefragung miteinzuschliessen, die 1993 bei den Institutionen durchgeführt wurde.

1.1 Ausrichtung der Untersuchung

Der vorliegende Bericht strebt eine ganzheitliche Behandlung der Gesundheit der Gefängnisinsassen an, indem präventive Aspekte berücksichtigt werden, die weit über spezifische Themen wie den Konsum illegaler Drogen und Aids hinausgehen. Es scheint uns wichtig, dass der Akzent vermehrt auch auf Risikofaktoren wie den Tabak-, Medikamenten- oder Alkoholkonsum, die Polytoxikomanie sowie auf körperliche und psychische Gesundheitsprobleme und die Inanspruchnahme des Sanitätswesens in den Gefängnissen gelegt wird. Soweit als möglich sollen die Ergebnisse mit der Allgemeinbevölkerung verglichen werden, um die gesundheitlichen Unterschiede zwischen der Norm (der Bevölkerung) und dem Sonderfall (den Insassen) sichtbar zu machen.

Diesbezüglich sind verschiedene, vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebene Projekte im Gang, welche eine Risikoverminderung in den Gefängnissen bezwecken (unter anderem: Verbreitung von Informationen über die Gesundheit im allgemeinen und über Epidemien im besonderen; Abgabe von sterilen Spritzen; ärztlich kontrollierte Methadon- bzw. Heroinabgabe; Verteilung von Präservativen). Obschon diese verschiedenen Projekte bereits Wirkung zeigen, sind ihre Kosten und die Rehabilitierungsmöglichkeiten weiterhin stark umstritten. Entsprechend wichtig ist es, dass die Kenntnisse der individuellen Verhaltensweisen der Gefängnisinsassen verbessert werden, damit angemessene Präventionstrategien entwickelt werden können.

Bevor wir uns den Zielen dieses Berichts zuwenden, wollen wir einen kurzen Blick auf die anderen Untersuchungen neueren Datums werfen, welche im Rahmen der Gefängnisse durchgeführt wurden und sich direkt oder indirekt mit dem Thema Gesundheit der Insassen befassen.

1.2 Andere neuere Untersuchungen zum Thema Gesundheit in den Gefängnissen

In der Schweiz wurden in den letzten Jahren verschiedene Untersuchungen über die Gefängnisse realisiert oder sind für die kommenden Monate geplant. Einzelne davon befassen sich mehr oder weniger eingehend mit dem Thema Gesundheit in den Gefängnissen. Es scheint uns wichtig, einen - wenn auch nicht vollständigen - Überblick über diese Untersuchungen zu vermitteln. Seit Ende der siebziger Jahre lassen sich 4 Arten von Studien über die Schweizer Gefängnisse unterscheiden.

(OFSP) - d'inclure les prisons dans son enquête sur la santé menée auprès des institutions en 1993.

1.1 Orientation de la recherche

Nous privilégierons dans ce rapport une approche globale de la santé des détenus, tenant compte des aspects préventifs, bien au-delà de thèmes spécifiques comme la consommation de drogues illégales et le Sida. En effet, il nous semble important de mettre aussi et davantage l'accent sur les facteurs de risque tels que le tabagisme, la consommation de médicaments ou d'alcool, la polytoxikomanie ainsi que sur les problèmes de santé physique et mentale et le recours aux services de santé en milieu carcéral. Dans la mesure du possible, nous comparerons les résultats avec la population générale afin de connaître les écarts de santé entre la norme (la population) et la marge (les détenus).

Dans ce contexte, différents projets mandatés par l'Office fédéral de la santé publique sont en cours afin de réduire les risques encourus en prisons (entre autres: distributions d'informations concernant la santé en général et les épidémies en particulier; mise à disposition de seringues stériles; prescription sous contrôle médical de méthadone, d'héroïne; distribution de préservatifs). Bien que ces différents projets aient commencé à démontrer leur efficacité, leurs coûts et les possibilités de réhabilitation font encore l'objet de larges discussions. Il est important, dès lors, d'améliorer notre connaissance des comportements individuels des détenus au sein du monde carcéral afin de pouvoir développer des stratégies de prévention appropriées.

Mais avant de présenter les objectifs de ce rapport, essayons de brosser un tableau non exhaustif d'autres enquêtes récentes menées dans le cadre des prisons en rapport direct ou indirect avec le thème de la santé des détenus.

1.2 Autres enquêtes récentes en rapport avec le thème de la santé dans les prisons

Au niveau suisse, différentes enquêtes concernant les prisons ont été réalisées ces dernières années ou sont planifiées pour les mois à venir. Certaines touchent de près ou de loin le thème de la santé en milieu carcéral. Il nous paraît important de dresser une liste non exhaustive de ces enquêtes. Ainsi, depuis la fin des années 1970, nous pouvons distinguer 4 types d'enquêtes relatives au monde pénitentiaire suisse.

a) Erstens führt das BAG im Zusammenhang mit dem **Themenkreis illegale Drogen und Aids** regelmässige Statistiken über die Methadon-Abgabe (seit 1979) und die Prävalenz des HIV-Virus in der Schweiz (seit 1983)³¹. Daneben haben die Epidemiologie-Verantwortlichen des Bundes allgemeine und spezifische Studien in Auftrag gegeben. Eine erste Standortbestimmung bezüglich des Ausmasses der Aids-Epidemie in den Gefängnissen wurde 1990 von Harding et al. vorgenommen³². Darauf folgten Fallstudien, beispielsweise zur Frage der Verteilung von Spritzenmaterial im Frauengefängnis Hindelbank (Kanton Bern, 1994-1995)³³, der Abgabe von Opiaten unter ärztlicher Kontrolle (insbesondere das Programm KOST in Oberschöngrün, Kanton Solothurn, seit 1995)³⁴ oder der Prävention sexueller Risikoverhalten unter den Drogenabhängigen der Anstalt Saxerriet (Kanton St. Gallen, 1996).

b) Die zweite Kategorie von Untersuchungen fällt in den **Bereich Rechtspflege** und unterliegt der gemeinsamen Verantwortung von BFS und BJ. Dazu gehört zunächst die Produktion der seit 1946 erstellten Schweizerischen Strafurteilsstatistik sowie der Schweizerischen Strafvollzugsstatistik, die seit 1982 die Insassenbewegungen und Insassenbestände erfasst. Im Rahmen dieser Erhebung werden auch Daten über die Sterblichkeit in den Gefängnissen gesammelt. Gewisse Ergebnisse dieser Statistik³⁵ werden in der vorliegenden Publikation verwendet. Seit Beginn der 90er Jahre führt das BFS Untersuchungen über die Rückfälligkeit ehemaliger Gefängnisinsassen in der Schweiz durch. Sie sollen Aufschluss geben über die allfällige Existenz krimineller Laufbahnen und über die Rückfallquote³⁶. Die beiden Ämter geben seit 1995

a) **Premièrement, autour des questions relatives aux drogues illégales et au Sida**, notons que l'OFSP à mis sur pied des statistiques régulières concernant la prescription de méthadone (depuis 1979) et la prévalence du virus VIH en Suisse (depuis 1983)³¹. En rapport avec ce thème, les responsables des questions épidémiologiques au niveau fédéral ont également commandé et financé des études générales et spécifiques. Un premier état des lieux de la dimension de l'épidémie de Sida en milieu carcéral a été brossé par Harding et al. en 1990³². Suivent des études de cas, comme par exemple la question de la distribution de matériel d'injection dans la prison pour femmes à Hindelbank (canton de Berne, 1994-1995)³³, la prescription d'opiacés sous contrôle médical (en particulier le programme KOST à Oberschöngrün, canton de Soleure, depuis 1995)³⁴ ou encore la prévention des comportements sexuels à risque parmi les toxicomanes dans l'établissement de Saxerriet (canton de St-Gall, 1996).

b) **Le second type d'enquête** relève du **domaine de la justice et du droit** et est placé sous la responsabilité de l'OFS et de l'OFJ. Il s'agit tout d'abord de la production de la statistique suisse des condamnations pénales établies depuis 1946 ainsi que de la statistique pénitentiaire suisse répertoriant le flux et l'effectif des détenus depuis 1982. Dans le cadre de ce relevé, des données relatives à la mortalité en milieu carcéral sont également récoltées. Nous utiliserons certains résultats de cette statistique³⁵ dans cette publication. Depuis le début des années 1990, l'OFS effectue des études sur la récidive d'anciens détenus en Suisse. Leur but est de mieux connaître l'existence ou non de trajectoires criminelles et le taux de récidive³⁶. Ces offices publient

³¹ Aufgrund der Meldungen der Ärzte.

³² Harding, T.W., Manghi R., Sanchez G., *Le SIDA en milieu carcéral (Les stratégies de prévention dans les prisons en Suisse)*, im Auftrag des BAG, Genève, 1990.

³³ Nelles J., Waldvogel D., Maurer C., Aebischer C., Fuhrer A., Hirsbrunner H. P., *Pilotprojekt Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank (Schlussbericht der Evaluation)*, Bern: Psychiatrische Universitätsklinik, im Auftrag des BAG, 1995; Nelles J., Fuhrer A., *Drogen- und HIV-Prävention in der Anstalten in Hindelbank (Kurzbericht über die Evaluation)*, Bern: Psychiatrische Universitätsklinik, im Auftrag des BAG, 1995; Nelles J., Fuhrer A. (Ed.) *Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)*, Bern: Peter Lang, 1997.

³⁴ Kaufmann B., Dobler-Mikola, Die kontrollierte Opiateabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün - Forschungsplan und erste Zwischenergebnisse, in: *Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)*, Bern: Peter Lang, 1997, pp. 135-160.

³⁵ Vgl. Rönz, Simone, *Schweizerische Strafvollzugsstatistik (Insassenbewegungen und Insassenbestände)*, Bern: BFS, 1996

³⁶ Cf. Renate Storz, Une condamnation pénale en entraîne-t-elle d'autres? (De l'existence de trajectoires criminelles), BFS, 1995.

Renate Storz, *Rückfall nach Strafvollzug: Rückfallraten (Kriminalstatistische Befunde zu Wiederverurteilungen und Wiedereinweisung)*, BFS, 1997.

³¹ Sur la base des déclarations des médecins.

³² Harding, T.W., Manghi R., Sanchez G., *Le SIDA en milieu carcéral (Les stratégies de prévention dans les prisons en Suisse)*, Rapport mandaté par l'OFSP, Genève, 1990.

³³ Nelles J., Waldvogel D., Maurer C., Aebischer C., Fuhrer A., Hirsbrunner H. P., *Pilotprojekt Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank (Schlussbericht der Evaluation)*, Bern: Psychiatrische Universitätsklinik, im Auftrag des BAG, 1995; Nelles J., Fuhrer A., *Drogen- und HIV-Prävention in der Anstalten in Hindelbank (Kurzbericht über die Evaluation)*, Bern: Psychiatrische Universitätsklinik, im Auftrag des BAG, 1995; Nelles J., Fuhrer A. (Ed.) *Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)*, Bern: Peter Lang, 1997.

³⁴ Kaufmann B., Dobler-Mikola, Die kontrollierte Opiateabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün - Forschungsplan und erste Zwischenergebnisse, in: *Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)*, Bern: Peter Lang, 1997, pp. 135-160.

³⁵ Cf. Rönz, Simone, *Statistique pénitentiaire suisse (Flux et effectifs de la population pénitentiaire)*, Berne: OFS, 1996.

³⁶ Cf. Renate Storz, Une condamnation pénale en entraîne-t-elle d'autres? (De l'existence de trajectoires criminelles), OFS, 1995.

Renate Storz, *Taux de récidive (Statistiques de la criminalité: recondamnations et réincarcérations)*, OFS, 1997.

ein Verzeichnis der Strafanstalten heraus, das Angaben zu deren internen Organisation und Aufnahmekapazität enthält⁹⁾.

- c) Die **dritte Kategorie von Untersuchungen** befasst sich mit dem **Aspekt der ambulanten Betreuung**. Die Verantwortung dafür obliegt dem BFS, in Zusammenarbeit mit der SFA und dem BAG. Zu erwähnen ist in diesem Bereich zunächst die «*Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich*» (SAMBAD), eine Erhebung, die seit 1994 regelmässig bei den Verantwortlichen im sozial-medizinischen Bereich durchgeführt wird. Andererseits sollte demnächst im Rahmen des Forschungsprojekts «*Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im Schweizerischen Strafvollzug*» eine Evaluation der Präventionsprogramme in den Schweizer Gefängnissen publiziert werden¹⁰⁾. Diese Erhebung richtet sich an die Gefängnisleitungen und bezweckt im wesentlichen eine Evaluation des Dienstleistungs- und Behandlungsangebots für Drogensüchtige.
- d) Der **vierte und letzte Bereich** betrifft die **Gesundheitserhebungen in der Bevölkerung**. Dazu gehört auch die Schweizerische Gesundheitsbefragung in den Privathaushalten aus dem Jahr 1992/93 und die Zusatzbefragung in den Institutionen von 1993. Erwähnenswert ist im Hinblick auf das Gefängnispersonal auch die im Auftrag des «*Schweizerischen Verbands des Personals öffentlicher Dienste (VPOD)*» erstellte Untersuchung der Arbeitsbedingungen von 700 Angestellten von 10 deutschschweizer Gefängnissen.

Für retrospektive Betrachtungen stehen zahlreiche Werke zur Verfügung, die seit Mitte des 19. Jahrhunderts vor allem in Genf entstanden sind. Angefangen mit Gustave Moynier und seinem «*Programme d'une enquête sur les Maisons de détention et de force, établissements pénitentiaires de la Suisse*» (Genève, Gruaz, 1863), über Robert (1972)¹¹⁾, Montandon-Crettaz (1981)¹²⁾, Zimmermann et al. (1983)¹³⁾ usw. bis Harding-Schaller (1990)¹⁴⁾, existiert eine

en commun depuis 1995 un catalogue des établissements pénitentiaires⁹⁾ décrivant leur structure interne et leur capacité d'accueil.

- c) La **troisième catégorie** d'enquêtes comprend les **aspects de la prise en charge ambulatoire**. Ce type d'approche est placée sous la responsabilité de l'OFS, en collaboration avec l'ISPA et l'OFSP. Dans ce domaine, citons tout d'abord la «*Statistiques du traitement et de l'assistance ambulatoire dans le domaine de l'alcool et de la drogue*» (SAMBAD) qui est une enquête régulière menée depuis 1994 auprès des responsables médico-sociaux. D'autre part, une évaluation des programmes de prévention dans les prisons suisses devrait être publiée prochainement dans le cadre du projet de recherche «*Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im Schweizerischen Strafvollzug*»¹⁰⁾. Cette enquête a été adressée aux directions des prisons et cherche essentiellement à évaluer l'offre en matière de services et traitements destinés aux toxicomanes.
- d) Le **quatrième et dernier domaine** porte sur les **enquêtes de santé auprès de la population**. C'est ici qu'il faut placer l'enquête suisse sur la santé auprès des ménages en 1992/93 et l'enquête complémentaire menée auprès des institutions en 1993. Concernant le personnel pénitentiaire, il faut citer l'enquête commandée par le «*Syndicat suisse des services publics (SSSP)*» en 1995 relative aux conditions de travail de 700 employés de dix prisons suisses-alsémaniques.

Quant à l'approche rétrospective, il est possible de se référer aux nombreux travaux réalisés surtout au niveau genevois depuis le milieu du XIX^{ème} siècle. En effet, de Gustave Moynier avec son «*Programme d'une enquête sur les Maisons de détention et de force, établissements pénitentiaires de la Suisse*» (Genève, Gruaz, 1863) à Harding-Schaller (1990)¹¹⁾, en passant par Robert (1972)¹²⁾, Montandon-Crettaz (1981)¹³⁾, Zimmermann et al. (1983)¹⁴⁾ etc., nous avons là toute une série de travaux relatifs au droit, à la sociologie,

⁹⁾ BFS-BJ, *Anstalten des Strafvollzugs. Katalog der Anstalten zum Vollzug von Strafen, Massnahmen und Untersuchungshaft in der Schweiz*, Bern, 1995.

¹⁰⁾ Zürich: Institut für Suchtforschung, 1997.

¹¹⁾ Robert, C.N., *La détention préventive en Suisse romande et notamment à Genève*, Genève: Georg, 1972.

¹²⁾ Montandon C., Crettaz B., *Paroles de gardiens, paroles de détenus (Bruits et silences de l'enfermement)*, Genève: Médecine et Hygiène, 1981.

¹³⁾ Zimmermann Erwin, Allmen von, Malik, Rouge Stella, *Evolution de la santé mentale pendant les 60 premiers jours de détention préventive à la prison de Champ-Dollon (Problématique et principaux enseignements d'une étude-pilote menée d'octobre 1982 à mars 1983)*, Genève: Institut de médecine légale, unité de recherche, 1983.

¹⁴⁾ Harding, T.W., Manghi R., Sanchez G., *Le SIDA en milieu carcéral (Les stratégies de prévention dans les prisons en Suisse)*, im Auftrag des BAG, Genève, 1990.

⁹⁾ OFS - OFJ, *Catalogue des établissements destinés à l'exécution des peines, des mesures et de la détention préventive en Suisse*, Berne, 1995.

¹⁰⁾ Zürich: Institut für Suchtforschung, 1997.

¹¹⁾ Harding, T.W., Manghi R., Sanchez G., *Le SIDA en milieu carcéral (Les stratégies de prévention dans les prisons en Suisse)*, Rapport mandaté par l'OFSP, Genève, 1990.

¹²⁾ Robert, C.N., *La détention préventive en Suisse romande et notamment à Genève*, Genève: Georg, 1972.

¹³⁾ Montandon C., Crettaz B., *Paroles de gardiens, paroles de détenus (Bruits et silences de l'enfermement)*, Genève: Médecine et Hygiène, 1981.

¹⁴⁾ Zimmermann Erwin, Allmen von, Malik, Rouge Stella, *Evolution de la santé mentale pendant les 60 premiers jours de détention préventive à la prison de Champ-Dollon (Problématique et principaux enseignements d'une étude-pilote menée d'octobre 1982 à mars 1983)*, Genève: Institut de médecine légale, unité de recherche, 1983.

ganze Reihe von Arbeiten zu den Themen Rechtswesen, Soziologie, Demographie und Psychologie der Akteure der Gefängniswelt. Anzuführen ist, dass das Gefängnis von Champ-Dollon - und zuvor jenes von Saint-Antoine - über einen gerichtsmedizinischen Dienst verfügt, der seit 1971 der Universität Genf angeschlossen ist.

Auf internationaler Ebene führten zunächst die Amerikaner und später auch die Engländer, Waliser und Schotten repräsentative Erhebungen durch, um sich ein Bild vom Standpunkt der Gefangenen zu machen. So wurde in den USA 1989 «*The Survey of Inmates of local jails*» realisiert, der 6000 Insassen von 400 Gefängnissen umfasste. Seit 1971 wird in der Gesamtbevölkerung zudem regelmässig «*The National Household Survey on drug abuse*» (NHSDA) durchgeführt, der sich an die in den USA wohnhaften Personen im Alter von 12 und mehr Jahren richtet. Die Ausgabe 1993 dieser Erhebung umfasste eine Stichprobe von über 26'000 Personen, die als repräsentativ für die gesamte amerikanische Bevölkerung galten. In England bzw. Wales sind für unsere Zwecke vor allem der «*Survey of the physical health of the prisoners*» aus dem Jahr 1994 und die englische Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 1992 von Interesse. Die Methodologie dieser beiden Erhebungen ist ähnlich wie jene der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, was direkte Vergleiche gewisser Ergebnisse ermöglicht, wie wir in Kapitel 6 sehen werden. Die Schweiz kann für sich also eine interessante Stellung in Anspruch nehmen, nicht nur was die Erhebungen bei den Gefängnisbehörden betrifft, sondern auch in bezug auf die Direktbefragungen der Gefangenen.

1.3 Zielsetzung des Berichts und Inhalt

Die **Zielsetzung** des vorliegenden Berichts besteht darin, die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung in den Gefängnissen von 1993 in detaillierterer Form darzustellen. Daneben soll aber vor allem auch ein Bild des Gesundheitszustands der Insassen vermittelt und ihr (Präventiv- bzw. Risiko-) Verhalten beleuchtet werden. Zu diesem Zweck gehen wir auf der statistischen Ebene von einem deskriptiven und vergleichenden Ansatz (Insassen und Privathaushalte) aus. Auf der Gesundheitsebene sollen unter anderem die Erkenntnisse der Präventivmedizin, des öffentlichen Gesundheitswesens und der beschreibenden Epidemiologie in den behandelten Bereichen als Grundlage dienen.

Das zweite Kapitel enthält eine Beschreibung der verwendeten Erhebungsmethoden. **Das dritte Kapitel** versucht ein Bild der untersuchten Insassenpopulation zu entwerfen und die Gefangenen dabei in das Gefüge des schweizerischen Strafvollzugssystems einzuordnen. Daneben werden auch Fragen im Zusammenhang mit den sozialen Beziehungen und dem Vor-

à la démographie et à la psychologie des acteurs de l'univers carcéral. Notons que la prison de Champ-Dollon, et avant elle celle de Saint-Antoine, jouissent de la présence d'un service de médecine-légale rattaché à l'Université de Genève depuis 1971.

Au niveau international, les Américains d'abord, puis les Anglais, les Gallois et les Ecosseis ont également effectué des enquêtes représentatives afin d'obtenir une vision du point de vue des détenus. Aux Etats-Unis, «*The Survey of Inmates of local jails*», a été réalisée en 1989 auprès de 6000 détenus couvrant 400 prisons. Auprès de la population générale, «*The National Household Survey on drug abuse*» (NHSDA) est conduite régulièrement depuis 1971 auprès de personnes âgées de 12 ans et plus résidentes aux Etats-Unis. L'enquête réalisée en 1993 couvrait un échantillon de plus de 26'000 personnes représentatives de l'ensemble de la population américaine. En Angleterre et au Pays de Galles, c'est surtout la «*Survey of the physical health of the prisoners*», réalisée en 1994, et l'enquête anglaise sur la santé, réalisée en 1992, qui retiendront notre attention. La méthodologie des ces deux enquêtes est similaire à celle de l'enquête suisse sur la santé et certains résultats peuvent être comparés directement comme nous le verrons dans le chapitre 6. Ainsi, la Suisse peut prétendre occuper une position intéressante non seulement aux niveaux de l'ensemble des enquêtes réalisées auprès des autorités pénitentiaires mais aussi dans le cadre d'enquêtes menées auprès des détenus.

1.3 Objectifs du rapport et contenu

L'objectif de ce rapport est de présenter de manière détaillée les résultats de l'enquête suisse sur la santé menée dans les prisons en 1993. Il est aussi et principalement de pouvoir dresser un portrait de l'état de santé des détenus et de connaître leurs comportements (préventifs ou à risques). Pour ce faire, nous recourons, au niveau statistique, à une approche descriptive et comparative (détenus et ménages privés). Au niveau sanitaire, nous nous baserons entre autres sur les connaissances de la médecine préventive, de la santé publique et de l'épidémiologie descriptive relatives aux domaines traités.

Le deuxième chapitre décrira les méthodes d'enquête utilisées. **Le troisième chapitre** tentera de dresser le portrait de la population carcérale étudiée tout en situant le détenu dans le cadre du système et de la structure pénitentiaire suisse. Nous y verrons également les questions relatives aux relations sociales et la présence ou non de modes d'intégration en prison. L'état de santé physique et psychique ainsi que les symptômes de maladie seront abordés dans le

handensein allfälliger Integrationsmethoden im Gefängnis behandelt. Der körperliche und psychische Gesundheitszustand sowie die Krankheitssymptome werden im **vierten Kapitel** behandelt. Das **fünfte Kapitel** bietet Gelegenheit, die verschiedenen Verhaltensweisen in den Gefängnissen zu analysieren. Dabei wird unterschieden zwischen Präventivfaktoren - wie der körperlichen Betätigung, dem Ernährungsbewusstsein - und Risikofaktoren, wie dem Konsum von legalen (Tabak, Medikamente, Alkohol) oder illegalen Drogen (Drogen, welche unter das BetmG fallen). Daneben befasst sich dieses Kapitel auch mit dem Problem der Polytoxikomanie und den Beziehungen zwischen diesen Verhaltensweisen und dem gesundheitlichen Befinden. Das **sechste Kapitel** gibt einen Überblick über die wichtigsten Todesursachen in den Gefängnissen, präsentiert Gründe und Häufigkeit der Inanspruchnahme des Sanitätswesens und evaluiert abschliessend die Zufriedenheit der Insassen mit der Gesundheitsversorgung im Gefängnis. Im **siebten und letzten Kapitel** werden internationale Vergleiche angestellt.

2 Methoden

2.1 Zusatzbefragung unter den Gefangenen im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung

Die Zusatzerhebung in den Gefängnissen verfolgt die gleichen Ziele wie die Befragung bei den Privathaushalten, nämlich: Untersuchung des Gesundheitszustands und seiner determinierenden Faktoren, chronologische Beobachtung der Entwicklung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und Feststellung der Auswirkungen gesundheitspolitischer Massnahmen.

Die Gesundheitsbefragung wurde in zwei Etappen durchgeführt: zunächst fanden von Mai 1992 bis April 1993 die telefonischen Interviews mit Personen in Privathaushalten statt, anschliessend wurden von Juli bis November 1993 die persönlichen Interviews mit den Personen durchgeführt, die in Institutionen leben.

Die auf dem gleichen Fragebogen basierende landesweite Zusatzerhebung liefert erstmals Statistiken über den Gesundheitszustand und die Lebensbedingungen, die Inanspruchnahme der Sanitätsdienste, über Krankheitssymptome sowie über die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Personen, die in Institutionen leben. Sie ermöglicht Vergleiche mit der ständigen Schweizer Wohnbevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren, wozu auch die Ausländer mit einer B- (Jahresaufenthalter) oder C-Bewilligung (Niederlassene) zählen.

quatrième chapitre. Le cinquième chapitre, quant à lui, nous permettra d'analyser les types de comportement au sein des prisons. En effet, nous y distinguerons les facteurs préventifs - tels que la pratique d'activités physiques, l'attention portée à l'alimentation - des facteurs de risques, tels que la consommation de drogues légales (tabac, médicaments, alcool) ou illégales (drogues soumises à la LStup). Nous évoquerons aussi dans ce chapitre le problème de la polytoxomanie ainsi que les relations entre ces comportements et l'état de santé. **Le sixième chapitre** donnera un aperçu des principales causes de décès en milieu carcéral, les motifs et la fréquence des recours aux services de santé avant d'évaluer la satisfaction des soins prodigués «intra muros». Dans **le septième et dernier chapitre**, nous tenterons de présenter quelques comparaisons au niveau international.

2 Méthodes

2.1 L'enquête auprès des détenus dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé

L'enquête menée auprès des prisons poursuit les mêmes objectifs que l'enquête menée auprès des ménages, à savoir: l'étude de l'état de santé et de ses facteurs déterminants, l'observation chronologique de l'évolution de l'état de santé de la population ainsi que les effets engendrés par les mesures de politique de la santé.

Cette enquête a été effectuée en deux temps: tout d'abord une enquête par interviews téléphoniques réalisée auprès des ménages entre mai 1992 et avril 1993 et une enquête face à face menée auprès des personnes résidentes en institution entre juillet et novembre 1993.

Réalisée au niveau national sur la base du même questionnaire, cette enquête fournit pour la première fois des statistiques portant sur l'état de santé et les conditions de vie, l'utilisation des services de santé, les symptômes de maladies ainsi que les comportements ayant une influence sur la santé des personnes vivant en institution. Elle permet d'établir des comparaisons avec la population générale résidant en Suisse et âgée de 15 ans et plus. Seuls les étrangers avec permis B (annuel) ou C (établissement) sont inclus.

Die Methode zur Selektion der befragten Personen unterscheidet sich in zwei Punkten:

- **Erstens, auf der Ebene des Stichprobenplans und der Auswahl der Zielpersonen:** Die Befragung der Allgemeinbevölkerung beruhte auf einer Stichprobe von 23'000 Haushaltungen mit Telefonanschluss aus der ganzen Schweiz. Pro Haushalt wurde eine einzige Person nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Für die Zusatzbefragung bei den Institutionen wurde zunächst eine Vorerhebung auf der Basis des Betriebs- und Unternehmensregisters des BFS durchgeführt. Im Rahmen dieser Vorerhebung wurde eine Grundgesamtheit von 2088 Institutionen und 97'000 Pensionären ermittelt, die sich seit mindestens drei Monaten in einer solchen Institution aufhielten. Die Frist von drei Monaten wurde gewählt, um temporäre Abwesenheiten vom privaten Haushalt vom ständigen Aufenthalt in einer Institution zu unterscheiden¹⁵⁾. Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine nach Institutionstyp und -grösse repräsentative Nettostichprobe von 134 Betrieben (wovon 24 des Strafvollzugs) ausgewählt. Die Rücklaufquote betrug für die Gefängnisse 100% und für die Insassen 82%¹⁶⁾. Nach Einholung der offiziellen Genehmigung der zuständigen Behörden durch das BFS schrieb das Institut IPSO (Zürich und Genf) die Direktionen der ausgewählten Gefängnisse an. In diesem Brief wurde das zweistufige **Selektionsverfahren für die Zielpersonen** beschrieben. Die erste Phase bestand darin (auf der Basis des Insassenregisters)¹⁷⁾, mit Hilfe einer vom BFS zufällig bestimmten Zahl die erste Person auszuwählen. Mit Hilfe des Zählstoffs hatten die Gefängnisleiter daraufhin die zweite, dritte, vierte usw. Person zu bestimmen, bis die (vom BFS definierte) notwendige Anzahl Insassen selektioniert war. In der zweiten Phase galt es zu überprüfen, ob die ausgewählten Personen den Erhebungskriterien entsprachen¹⁸⁾.

¹⁵⁾ Obwohl dies bei dieser Wahl keine Rolle spielte, erhöhten sich mit der Frist von drei Monaten auch die Chancen, die vorselektionierte Person zum Zeitpunkt der Erhebung zu erreichen.

¹⁶⁾ Unter den angesprochenen Institutionen waren 27 definitive Nicht-Teilnehmer, darunter 7 Gefängnisse (alles Bezirksgefängnisse), was in letzterem Fall nicht als Verweigerung auszulegen ist, sondern damit begründet wurde, dass zum gewünschten Interview-Termin keine den Erhebungskriterien entsprechenden Personen einsassen. Die ursprüngliche Stichprobe umfasste 31 Institutionen des Strafvollzugs und 297 Insassen. Der Stichprobenfehler beläuft sich demnach auf 7 Gefängnisse, welche 24 Interviews entsprechen. Dazu kommen 28 Interviews, die zum Zeitpunkt der Befragung aus verschiedenen Gründen, die nichts mit den Insassen zu tun hatten, nicht realisiert werden konnten (Kriterien nicht erfüllt oder Transfer zum Zeitpunkt des Interviews). Demnach entspricht die Bruttostichprobe 24 Gefängnissen mit 245 Insassen (vgl. Tabelle 7, Anhang).

¹⁷⁾ Das Total entspricht den Anzahl Insassen zum Zeitpunkt der Vorstudie.

¹⁸⁾ Waren die Kriterien nicht erfüllt, so galt es, den betreffenden Insassen durch die erste im Register auf ihn folgende Person zu ersetzen, welche die Kriterien Alter, Aufenthaltsbewilligung und Dauer der Einweisung erfüllte.

La méthode de sélection des personnes interrogées diffère sur deux points:

- **Premièrement, au niveau du plan d'échantillonnage et du choix des personnes à interroger.** L'enquête auprès de la population générale a été réalisée à partir d'un échantillon de 23'000 ménages de toute la Suisse disposant d'un raccordement téléphonique, une personne par ménage ayant été tirée au sort. Pour l'enquête auprès des institutions, le tirage s'est opéré à partir d'une pré-enquête, réalisée sur la base du registre fédéral des entreprises de l'OFS. Cette pré-enquête a couvert 2088 institutions, comptant 97'000 pensionnaires résidents dans un établissement pour une durée égale ou supérieure à trois mois. Cette limite de trois mois a été fixée afin de distinguer les absences temporaires du ménage privé de la résidence permanente dans une institution¹⁵⁾. Sur cette base, un échantillon net de 134 établissements (dont 24 prisons) représentatifs du type et de la taille des établissements a été retenu. Le taux de réponse net s'établit pour les prisons à 100% et pour les détenus à 82%¹⁶⁾. Après que l'OFS aie obtenu l'autorisation officielle de la part des autorités compétentes, une lettre était adressée par l'institut IPSO (Zürich et Genève) aux directions pénitentiaires sélectionnées. Celle-ci expliquait **les modalités du tirage des personnes à interroger** en suivant deux étapes. La première étape précisait de retenir la première personne, (sur la base du registre des pensionnaires)¹⁷⁾ grâce à un nombre déterminé au hasard par l'OFS. A l'aide du pas déterminé, les responsables trouvaient le rang de la seconde, puis de la 3ème, 4ème etc. personne à interroger, jusqu'à ce que le nombre de pensionnaires nécessaires (défini par l'OFS) soit atteint. Dans la seconde étape, il s'agissait de vérifier si les personnes tirées lors de la première étape correspondaient aux critères de choix¹⁸⁾.

¹⁵⁾ Bien que cela n'aie joué aucun rôle dans ce choix, notons que cette période de trois mois augmente aussi les chances d'atteindre la personne pré-sélectionnée au moment de l'enquête.

¹⁶⁾ Notons que pour l'ensemble des institutions, 27 refus définitifs ont été enregistrés dont 7 concernent des prisons (toutes de district). Pour ces dernières, la raison incombe à la non-présence de détenus correspondant aux critères de l'enquête lors de la date des entretiens et non pas de refus. Ainsi, pour les prisons, l'échantillon de départ visait 31 institutions carcérales et 297 détenus. L'erreur d'échantillonnage a donc atteint 7 prisons représentant 24 interviews. A cela s'ajoutent encore 28 interviews non réalisées au moment de l'enquête pour motifs divers non liés au détenu (critères pas remplis ou transferts au moment de l'interview). Ainsi, l'échantillon brut se monte à 24 prisons et 245 détenus (cf. tableau 7 en annexe).

¹⁷⁾ Le total correspondant au nombre de pensionnaires indiqués au moment de la mini-enquête.

¹⁸⁾ Si les critères n'étaient pas remplis, il s'agissait de remplacer le détenu par la première personne du registre venant directement à la suite et remplissant les critères d'âge, de permis de résidence et de séjour en institution.

- **Zweitens, hinsichtlich der Form der Interviews.** Während die Interviews mit den (15-74jährigen) Personen in Privathaushalten telefonisch geführt wurden, fand die Befragung der Personen, die in Institutionen leben, sowie der über 75jährigen Personen in den Privathaushalten im Rahmen von persönlichen Interviews statt. Die telefonisch befragten Personen in den Privathaushalten erhielten zudem einen schriftlichen Fragebogen, wogegen die Fragen bei den persönlichen Interviews in einer leicht verkürzten und den institutionellen Gegebenheiten angemessenen Form zusammengefasst wurden.

Für die Feldbefragungen wurden 26 Interviewerinnen und Interviewer des verantwortlichen Befragungsinstituts ausgewählt und speziell geschult. Die Interviews dauerten bei beiden Zielgruppen im Durchschnitt 30 Minuten.

Insgesamt konnten 15'300 Interviews in der Gesamtbevölkerung und 1303 Interviews mit Personen in Institutionen durchgeführt werden, wovon 201 mit Gefangenen. Letztere repräsentieren die Insassenpopulation der 2804 mindestens 18jährigen Personen, die den Erhebungskriterien entsprechen.

Abb. 1 Inhalt der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992 / 1993

- Soziodemographische Merkmale
- körperlicher und psychischer Gesundheitszustand
- gesundheitsrelevante Lebensgewohnheiten
- Krankheitssymptome und gesundheitliche Probleme
- Aspekte der Gesundheitsförderung
- soziale Unterstützung und Integrationsverhalten
- Behinderungen und damit verbundene soziale Auswirkungen
- Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens.

Für weitere Angaben zu den methodischen Einzelheiten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Stichproben, Durchführung der Erhebung, Schätzungen, Gewichtung, Berechnung der Vertrauensintervalle) verweisen wir die Leserinnen und Leser auf den Methodenbericht des BFS¹⁹⁾.

¹⁹⁾ Vonlanthen, Christian, *Statistische Methoden der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93*, Bern: BFS, 1997.

- **Deuxièmement, quant à la forme des interviews.** Si les interviews ont été réalisées par téléphone auprès des ménages (pour les personnes âgées de 15 à 74 ans), les entretiens avec les résidents vivant en institution ainsi que les entretiens avec les personnes âgées de 75 ans et plus auprès des ménages ont été effectués au niveau personnel. De plus, les personnes vivant auprès des ménages ayant répondu par téléphone ont reçu un questionnaire écrit supplémentaire, alors que les interviews face à face rassemblaient l'ensemble des questions dans une version quelque peu abrégée et adaptée aux réalités institutionnelles.

Afin de réaliser les entretiens sur le terrain, 26 interviewers sélectionnés par l'institut de sondage ont reçu une formation spéciale. La durée moyenne des interviews s'est montée à environ 30 minutes pour les 2 types de population.

Finalement, 15'300 interviews ont été réalisées auprès de la population générale et 1303 entretiens ont pu être menés à bien auprès des personnes séjournant en institution. Parmi ces derniers, 201 l'ont été auprès de détenus. Ces derniers représentaient une population carcérale de 2804 personnes âgées de 18 ans et plus et répondant aux critères de l'enquête.

Fig. 1 Contenu de l'enquête suisse sur la santé en 1992 / 1993

- caractères sociodémographiques,
- état de santé physique et psychique,
- comportements ayant une influence sur la santé,
- symptômes de maladies et problèmes de santé,
- aspects de la promotion de la santé,
- soutien social et modes d'intégration,
- handicaps et conséquences sociales associées,
- utilisation des services de santé.

Pour obtenir des informations supplémentaires relatives aux détails méthodologiques de l'enquête suisse sur la santé (échantillons, exécution du relevé, estimations, pondérations, calcul des intervalles de confiance), nous renvoyons le lecteur au rapport des méthodes publié par l'OFS¹⁹⁾.

¹⁹⁾ Vonlanthen, Christian, *Méthodologie statistique de l'enquête suisse sur la santé 1992/93*, Berne: OFS, 1997.

Methoden der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993
Méthodes de l'enquête suisse sur la santé 1992/1993

<p>1* I. Befragung der Gesamtbevölkerung I. Enquête auprès de la population générale</p>	<p>II. Befragung der Personen in Institutionen II. Enquête auprès des personnes vivant en institution</p>
<p>- Population / Population: 15jährige und ältere Schweizer Wohnbevölkerung (einschliesslich Ausländer mit Bewilligung B oder C). population de 15 ans et plus résidant en Suisse (y compris les étrangers avec permis B ou C).</p> <p>- Nettostichprobe¹⁾ / Echantillon net¹⁾: 15'300 Personen, 8400 Frauen, 6900 Männer 13'200 Schweizer, 2100 Ausländer. 15'300 personnes, 8400 femmes, 6900 hommes 13'200 suisses, 2100 étrangers.</p> <p>- Stichprobenplan / Plan d'échantillonnage: - geschichtete Stichprobe (nach Kanton). - Auswahl der Adressen nach dem Telefonverzeichnis der PTT (Terco). - eine Person pro Haushalt zufällig ausgewählt. - échantillon stratifié (selon le canton). - sélection des adresses à partir du registre téléphonique des PTT (Terco). - une personne par ménage tirée au hasard.</p> <p>- Befragungsmethode / Méthode de collecte: - telefonische Interviews (25 Min) gefolgt von einem schriftlichen Fragebogen (für die 15-74jährigen). - persönliche Interviews für die 75jährigen und älteren. - interviews téléphoniques (de 30-40 mn) suivies de l'envoi de questionnaires écrits (pour les 15 à 74 ans). - interviews face à face pour les 75 ans et plus.</p> <p>- Zeitraum / Déroulement et périodicité: - 4 Wellen (Frühjahr, Sommer, Herbst, Winter) von Mai 1992 - April 1993. - alle 5 Jahre. - en 4 vagues (printemps, été, automne, hiver) de mai 1992 à avril 1993. - tous les 5 ans.</p> <p>- Nettoantwortquote¹⁾ / Taux de réponse net¹⁾: 71% bei den telefonischen Befragungen. 78% bei den schriftlichen Fragebogen. 71% au niveau des interviews téléphoniques. 78% pour les questionnaires écrits.</p>	<p>- Population / Population: 15jährige und ältere Schweizer Wohnbevölkerung, die seit mindestens drei Monaten in einer Institution lebt (einschliesslich Ausländer mit Bewilligung B oder C). population de 15 ans et plus résidant en Suisse et vivant dans une institution de manière continue depuis au moins 3 mois (y compris les étrangers avec permis B ou C).</p> <p>- Nettostichprobe¹⁾ / Echantillon net¹⁾: 134 Institutionen, insgesamt 1303 Interviews wovon: 24 Gefängnisse in denen 201 Interviews mit Gefangenen (29 Frauen, 172 Männer; 165 Schweizer, 36 ansässige Ausländer) realisiert wurden. 134 institutions, 1303 entretiens en tout, dont: 24 prisons, parmi lesquelles 201 interviews de détenus (29 femmes, 172 hommes; 165 suisses, 36 étrangers résidents) ont été réalisées.</p> <p>- Stichprobenplan / Plan d'échantillonnage: - geschichtete Stichprobe (nach Institutionstyp und -grösse). - Ziehung der Institutionen ausgehend von einer Vorerhebung (Jan.- Juni 1993), auf der Basis des Unternehmensregisters. - mehrere zufällig ausgewählte Personen pro Institution. - échantillon stratifié (selon le type et la taille de l'institution). - tirage des institutions à partir d'une pré-enquête (janvier-juin 1993), réalisée sur la base du registre des entreprises. - plusieurs personnes par institution tirée au hasard.</p> <p>- Befragungsmethode / Méthode de collecte: - persönliche Interviews (35 Min). - entretiens face à face (de 35 à 45 mn).</p> <p>- Zeitraum / Déroulement et périodicité: Von Juli - November 1993. de juillet à novembre 1993.</p> <p>- Nettoantwortquote¹⁾ / Taux de réponse net¹⁾: 100% der Gefängnisse mit Insassen entsprechen den Kriterien der Erhebung. 82% der Gefangenen entsprechen den Erhebungskriterien. 100% des prisons hébergeant des détenus correspondant aux critères de l'enquête. 82% des détenus correspondant aux critères de l'enquête.</p>
<p>¹⁾ Vgl. auch Tabelle 7 im Anhang (Ausgangsstichprobe, Stichprobenfehler und Bruttostichprobe). Voir également le tableau 7 en annexe (échantillon de départ, erreurs d'échantillonnage et échantillon brut).</p>	

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/1993

2.2 Grenzen der Befragung und zusätzliche Informationen

Wie jede andere Umfrage erhebt auch die Schweizerische Gesundheitsbefragung keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im folgenden sollen deshalb kurz ihre wichtigsten Grenzen und die zusätzlichen Informationsquellen erwähnt werden, die im vorliegenden Bericht verwendet wurden.

Erstens ist es wegen der geringen Grösse der Stichprobe nicht möglich, für kleine geographische Einheiten (Gemeinde oder Kanton), für einzelne Institutionen oder für bestimmte Monate repräsentative Ergebnisse zu erhalten. Die Fragestellung erlaubt es überdies nicht, die Ursachen von Krankheiten oder Epidemien zu ermitteln. Die Antworten entsprechen also einer subjektiven Beurteilung des Gesundheitszustands der Insassen. Nicht bekannt sind auch der Grund für die Einweisung, die Art des Urteils und die genaue Strafdauer. Es ist überdies unmöglich, zwischen dem Drogenkonsum drinnen und draussen (etwa bei Hafturlaub) zu unterscheiden. Zudem besteht keine Möglichkeit (ausser beim Methadon), zwischen illegalem Konsum und ärztlich verordneter Abgabe zu unterscheiden. Antworten auf diese Fragen finden sich allenfalls in der Schweizerischen Strafvollzugsstatistik und der Schweizerischen Strafurteilsstatistik.

Zweitens ist es wegen der geringen Grösse der Stichprobe und der Wahrung der Vertraulichkeit im Zusammenhang mit diesem Thema nicht möglich, aufgrund der Befragung von 1993 das genaue Ausmass der Aids-Epidemie in den Gefängnissen zu ermitteln. Die neuesten Schätzungen zur Prävalenz der HIV-Infektion in schweizerischen Gefängnissen betragen zwischen 2% und 10% (Zeegers-Paget, 1996²⁰); gemäss Nelles und Fuhrer, 1995: 3,5%-12%²¹), aufgrund des hohen Anteils an Drogensüchtigen unter den Insassen (Zeegers-Paget: 36%-62%, 1996; Harding et al., 1990: 20-50%²²). Zu den besonders riskanten Verhaltensweisen im Gefängnis gehört bekanntlich der intravenöse Drogenkonsum (Teilen der Spritzen), das Tätowieren und die homosexuellen Kontakte (Schaller, Harding, 1996)²³. In bezug auf Aids liegen seit der Studie aus dem Jahr 1990²⁴ keine neueren Ergebnisse für die Gesamtheit der schweizerischen Gefängnisse vor. Das BAG führt jedoch seit 1983

2.2 Limites de l'enquête et compléments d'informations

Comme toute enquête, l'enquête suisse sur la santé ne prétend pas à l'exhaustivité. Nonobstant, nous vous proposons de présenter brièvement les principales limites et d'évoquer les sources complémentaires d'informations que nous avons utilisé dans ce rapport.

Premièrement, du fait de la petite taille de l'échantillon, il nous est impossible de dégager des résultats représentatifs pour de petites unités géographiques (commune ou canton), pour des institutions particulières ou des mois précis. Les réponses se réfèrent à une évaluation subjective de l'état de santé du détenu. D'autre part, la raison de l'entrée, le type de condamnation ainsi que la durée exacte de la peine sont inconnus. Il n'est pas possible non plus de distinguer la consommation de drogues «in muros» et «extra muros» (par exemple, lors des congés). Dans le prolongement de cette restriction, il nous est difficile de faire la distinction entre consommation illégale et prescription médicale (à l'exception de la méthadone). Rappelons que pour tenter de répondre à ces questions, il est possible de recourir aux statistiques pénitentiaires suisses ainsi qu'aux statistiques des condamnations pénales.

Deuxièmement, l'enquête menée en 1993 ne permet pas de déterminer l'étendue de l'épidémie de Sida en milieu carcéral de manière fiable du fait de la petite taille de l'échantillon ainsi que du respect de la confidentialité entourant ce thème. Les dernières estimations en matière de prévalence de l'infection par le VIH dans les prisons suisses sont comprises entre 2% et 10% (Zeegers-Paget, 1996²⁰; selon Nelles, Fuhrer: entre 3,5% et 12%²¹), en raison de la proportion élevée de toxicomanes parmi les détenus (Zeegers Paget: 36%-62%, 1996; Harding et al., 1990: 25-50%²²). Rappelons que les comportements comportant les plus hauts risques en prison sont la prise de drogues par voie intraveineuse (partage du matériel d'injection), le tatouage et les contacts homosexuels²³. En matière de Sida, aucune recherche n'a encore livré ses résultats pour l'ensemble des prisons suisses en dehors de l'étude publiée en 1990²⁴. Des statistiques relevant l'ensemble des cas déclarés en Suisse sont néanmoins tenues régulièrement depuis

²⁰ Zeegers-Paget, Dina, HIV- und Aidsprävention in Untersuchungsgefängnissen und Vollzugsanstalten, in: *Aids Infothek (Das Magazin der Aids Info Docu Schweiz)*, 5/1996.

²¹ Nelles J., Fuhrer A., *Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank (Kurzbericht über die Evaluation)*, Bern: Psychiatrische Universitätsklinik, im Auftrag des BAG, 1995.

²² T.W. Harding, R. Manghi, G. Sanchez, *Le Sida en milieu carcéral (Les stratégies de prévention au niveau suisse)*, 1990.

²³ Schaller Georgette, Harding Timothy, L'information sur les risques pour la santé en prison: évaluation d'un dépliant, in: *Sozial- und Präventivmedizin*, 41, 1996, S. 288-294.

²⁴ Op. cit.

²⁰ Zeegers-Paget, Dina, HIV- und Aidsprävention in Untersuchungsgefängnissen und Vollzugsanstalten, in: *Aids Infothek (Das Magazin der Aids Info Docu Schweiz)*, 5/1996.

²¹ Nelles J., Fuhrer A., *Drogen- und HIV-Prävention in der Anstalten in Hindelbank (Kurzbericht über die Evaluation)*, Bern: Psychiatrische Universitätsklinik, im Auftrag des BAG, 1995.

²² T.W. Harding, R. Manghi, G. Sanchez, *Le Sida en milieu carcéral (Les stratégies de prévention au niveau suisse)*, 1990.

²³ Schaller Georgette, Harding Timothy, L'information sur les risques pour la santé en prison: évaluation d'un dépliant, in: *Sozial u. Präventivmedizin*, 41, 1996, pp. 288-294.

²⁴ Op. cit.

eine regelmässige Statistik aller gemeldeten Fälle. Aids Infothek gibt seit 1988 - unter anderem mit der Unterstützung des BAG - eine Informationszeitschrift zu diesem Thema heraus. In der Schweiz sind die Insassen nicht verpflichtet, sich bei ihrem Eintritt eine Blutprobe entnehmen zu lassen.

Drittens lässt unsere Erhebung in bezug auf das **Suizidproblem** keine Risikobeurteilung zu. Selbstmord gehört zu den wichtigsten Todesursachen unter den Gefangenen (25-45% der Sterbefälle gemäss Schaller et al., 1996). Selbstmordversuche kommen vor allem bei jüngeren Personen mit schweizerischer Staatsangehörigkeit in den ersten zwei Monaten ihrer Untersuchungshaft vor (Zimmermann et al., 1983). Kapitel 6 wird sich mit diesem Thema befassen, und zwar mittels einer auf der Schweizerischen Strafvollzugsstatistik basierenden Analyse der Todesfälle im Strafvollzug seit 1984.

Viertens taucht seit einigen Jahren die Tuberkulose wieder auf, hauptsächlich in den USA und in gewissen europäischen Gefängnissen (insbesondere in Spanien). Auch in der Schweiz wurden bereits einige Fälle registriert. Aufgrund unserer Stichprobe können aber keine Angaben über diese ansteckende Infektionskrankheit gemacht werden. Neuere Untersuchungen weisen jedoch auf mögliche Verbindungen zwischen der Tuberkulose und Aids hin (Schaller, Harding, 1996). Die Zahl der Tuberkulose-Fälle in den USA wird gegenwärtig auf rund 1,2 Millionen Personen geschätzt, wobei die Ausländer besonders stark betroffen sind. Die Früherkennung ist bei dieser Krankheit entscheidend. Hepatitis B und C kommt vor allem bei Konsumenten harter Drogen vor. Laut neueren Untersuchungen sind rund 60% der Insassen gewisser Gefängnisse in Barcelona von Hepatitis B und rund 40% der Konsumenten harter Drogen in den Gefängnissen Norwegens und des Staates Maryland (USA) von Hepatitis C betroffen (Dolan, 1996). Eine Pilotstudie, die 1994 in Hindelbank durchgeführt wurde, ergab eine Prävalenz von 48% Hepatitis B und 37% Hepatitis C unter den Insassinnen.

Fünftens entwickelt und lanciert das BAG (mit der Unterstützung gewisser Kantone) seit anfangs 90er Jahre allmählich Programme zur «Risikominderung» (und zur ambulanten Behandlung in den Gefängnissen), wobei es sich auf Empfehlungen der WHO abstützt. Zu den spezifischen Fragen über die Massnahmen zur Senkung von Gesundheitsrisiken in den schweizerischen Gefängnissen können aufgrund unserer Erhebung ebenfalls keine Aussagen gemacht werden. Diesbezüglich sei auf die Studie von Karger et al. verwiesen (im Auftrag des BAG)²⁵¹.

1983 par l'OFSP. «Sida Infothek» publiée - entre autres avec le soutien de l'OFSP - un magazine d'informations générales relatives à ce thème depuis 1988. En Suisse, aucune obligation n'est faite aux détenus de se soumettre à une prise de sang à leur entrée en prison.

Troisièmement, concernant **le problème du suicide**, les risques ne peuvent pas non plus être estimés sur la base de notre enquête. Rappelons que le suicide est une des premières causes de décès des détenus (25-45% des décès selon Schaller et al., 1996) et que les tentatives de suicide touchent surtout les personnes jeunes, de nationalité suisse, pendant les deux premiers mois passés en détention préventive (Zimmermann et al., 1983). Le chapitre 6 abordera cette problématique à partir de l'analyse des décès survenus en exécution des peines depuis 1984 sur la base de la statistique pénitentiaire suisse.

Quatrièmement, depuis quelques années la tuberculose refait son apparition en particulier aux Etats-Unis et dans certaines prisons européennes (notamment en Espagne). En Suisse, quelques cas ont déjà été répertoriés. Sur la base de notre échantillon, il n'est également pas possible de fournir des résultats pour cette maladie infectieuse et contagieuse. Notons que des études menées récemment ont démontré les liens pouvant exister entre la tuberculose et le Sida (Schaller, Harding, 1996). On estime, à l'heure actuelle, les cas de tuberculose aux Etats-Unis à 1,2 millions de personnes. Dans ce cas, les étrangers sont particulièrement touchés et la détection doit être précoce. Les hépatites B et C - quant à elles - touchent surtout les consommateurs de drogues dures. Selon des études récentes, environ 60% des détenus seraient touchés par l'hépatite B dans certaines prisons de Barcelone et environ 40% des utilisateurs de drogues dures dans les prisons norvégiennes et du Maryland (Etats-Unis) seraient atteints par l'hépatite C (Dolan, 1996). Le projet-pilote mené en 1994 à Hindelbank, donne une prévalence de l'hépatite B de 48% et C de 37% parmi les détenues.

Cinquièmement, les programmes de «diminution des risques» (et traitements ambulatoires en milieu carcéral) ont été peu à peu mis au point et lancés dès le début des années 1990 par l'OFSP (avec l'appui de certains cantons) tout en se basant sur les recommandations de l'OMS. A ce propos, aucune question spécifique relative aux mesures prises dans les prisons helvétiques afin de diminuer les risques pour la santé ne peut être évaluée sur la base de notre enquête. Pour cela, le lecteur se reportera à l'étude de Karger et al. (mandat OFSP)²⁵¹.

²⁵¹ Karger, Thomas, *Forschungsprojekt Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im schweizerischen Strafvollzug (Zwischenbericht)*, Zürich, Institut für Suchtforschung, 1996.

²⁵¹ Karger, Thomas, *Forschungsprojekt «Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im Schweizerische Strafvollzug» (Zwischenbericht)*, Zürich: Institut für Suchtforschung, 1996.

Interessierte Leserinnen und Leser finden weitere Informationen über die ärztlich kontrollierte **Methadonabgabe** im «*Methadonbericht*»²⁶⁾ (BAG, 1995); über Fragen der Gesundheit von Frauen und die **automatische Spritzenabgabe** (Nelles et al., Hindelbank 1995); über die **ärztlich kontrollierte Abgabe von Opiaten** (Dobler-Mikola et al., Oberschöngrün, 1996). Die Schweizerische Gesundheitsbefragung lässt immerhin Aussagen darüber zu, wie häufig die verschiedenen Arten von Drogen konsumiert werden und in welcher Form (spritzen, rauchen, inhalieren, schlucken).

Der Bericht geht auch nicht auf die Frage des Gesundheitszustands des **Gefängnispersonals** ein. Bei einer allfälligen Wiederholung der Erhebung sollte diese Personengruppe ebenfalls in der Stichprobe enthalten sein, denn das Gefängnispersonal ist einem besorgniserregenden Mass Gewalt und Stress ausgesetzt. Gemäss einer Erhebung bei 10 deutschschweizer Institutionen aus dem Jahre 1995, die 700 Personen umfasst²⁷⁾, «*endet ein Drittel der Angestellten damit, sich vorzeitig pensionieren zu lassen, und die Arbeitsbedingungen der Gefängnisangestellten, Wärter oder des Personals haben sich in den letzten Jahren erheblich verschlechtert*».

Zum Schluss ist anzufügen, dass wir nicht näher auf die Organisation des schweizerischen Strafvollzugsystems eingehen werden, ebensowenig wie auf die gerichtlich-juristischen Aspekte, die Anzahl Verurteilungen, das Problem der Rückfälligkeit, die Art der begangenen Straftaten oder die Kosten des Strafvollzugs. Für all diese Fragen verweisen wir die Leserinnen und Leser auf die Bibliographie im Anhang.

Abb. 2 Grenzen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992 / 1993 (Zusammenfassung)

- Kleiner Stichprobenumfang. Es können keine repräsentativen Ergebnisse für kleine geographische Einheiten (Gemeinde oder Kanton), für einzelne Institutionen oder für bestimmte Monate ermittelt werden.
- Wegen der geringen Anzahl Interviews mit weiblichen und ausländischen Gefängnisinsassen können für diese Populationen nur summarische Auswertungen vorgenommen werden.
- Eine zuverlässige Berechnung der Prävalenz von Epidemien (Aids, Hepatitis, Tuberkulose) und der Suizidversuche ist nicht möglich.

²⁶⁾ BAG, 1995.

²⁷⁾ Durch den VPOD, wir bereits unter Punkt 1.2 erwähnt.

En outre, pour obtenir davantage d'informations à propos de la prescription de **méthadone** sous contrôle médical, le lecteur peut consulter le «*Rapport sur la méthadone*»²⁶⁾; pour les questions relatives à la santé des femmes et la **distribution automatique de seringues** (Nelles et al., Hindelbank, 1995); pour la **prescription d'opiacés sous contrôle médical** (Dobler-Mikola et al., Oberschöngrün, 1996). L'enquête suisse sur la santé permet toutefois de déterminer la fréquence de consommation de tous les types de drogues ainsi que le mode de consommation de celles-ci (s'injecter, fumer, inhaler, avaler).

Le rapport n'aborde pas non plus la question de l'état de santé du **personnel pénitentiaire**. Si l'enquête devait être répétée, il serait important d'inclure également cette population dans l'échantillon. A ce propos, n'oublions pas que le personnel des prisons est soumis également à une violence et à un stress préoccupants. Selon l'enquête menée en 1995 auprès de 10 institutions de Suisse alémanique représentant 700 personnes²⁷⁾, «*un tiers des employés finissent par prendre une retraite anticipée*» et «*les conditions de travail des employés pénitentiaires, gardiens ou personnel, se sont considérablement dégradées ces dernières années*».

Ajoutons pour terminer que nous n'entrerons pas dans les détails de l'organisation du système carcéral suisse pas plus que sur les aspects juridico-légaux, le nombre des condamnations, le problème de la récidive pas plus que sur le type d'infractions commises ou encore le coût des incarcérations. Pour en savoir plus à ce propos, nous renvoyons le lecteur à la bibliographie se trouvant en annexe.

Fig. 2 Les limites de l'enquête suisse sur la santé de 1992 / 1993 (résumé)

- Echantillon de petite dimension. Impossibilité de dégager des résultats représentatifs pour de petites unités géographiques (commune ou canton), pour des institutions particulières ou des mois précis.
- Vu le faible nombre d'interviews de femmes et d'étrangers résidant dans les prisons, les exploitations relatives à ces populations ne pourront être que sommaires.
- L'enquête ne permet pas d'estimer de manière fiable la prévalence des épidémies (Sida, hépatite, tuberculose) ainsi que des tentatives de suicide.

²⁶⁾ OFSP, 1995.

²⁷⁾ Par le Syndicat suisse des services publics (SSSP), déjà citée sous point 1.2.

(Fortsetzung Abb. 2)

- Die Beobachtung oder Befragung von Einzelpersonen über längere Zeit (beispielsweise im Sinne einer Längsschnittanalyse) ist nicht möglich.
- Die Erhebung sieht keine ärztliche Untersuchung vor.
- Der Grund für die Einweisung, die Art der Strafe, die Präsenz bzw. Nicht-Präsenz von Rückfälligen und die genaue Strafdauer sind nicht bekannt.
- Die Entwicklung des Drogenkonsums im Strafvollzug lässt sich nicht abschätzen.
- Es ist nicht möglich, den Drogenkonsum «drinnen» und «draussen» abzugrenzen.
- Es besteht keine Möglichkeit, bei der Drogeneinnahme drinnen und draussen zwischen illegalem Konsum und ärztlich verordneter Abgabe zu unterscheiden.

(Suite Fig. 2)

- L'enquête ne permet pas d'observer ou d'interroger des individus sur une longue durée (par exemple dans le sens d'une étude longitudinale).
- L'enquête ne prévoit aucun examen médical.
- La cause de l'entrée, le type de condamnation, la présence ou non de récidive ainsi que la durée exacte de la peine sont inconnus.
- L'évolution de la consommation de drogues en milieu carcéral ne peut pas être estimée.
- Il n'est pas possible de distinguer la consommation de drogues «in muros» et «extra muros».
- Pour la consommation de drogues dures «in muros» et «extra muros», il n'est pas possible de faire une distinction claire entre consommation illégale et prescription médicale.

2.3 Kurzbeschreibung der Klassifikationsvariablen

Im folgenden sollen die wichtigsten Klassifikationsvariablen (erklärende Variablen) kurz beschrieben werden. Auf der **soziodemographischen Ebene** sind dies zunächst das Alter, das Geschlecht, der Zivilstand, die Nationalität und das Bildungsniveau. Angesichts des kleinen Stichprobenumfangs wurden Altersgruppen gebildet, um die jüngeren (18-24 Jahre und 25-39 Jahre) von den älteren (40-60 Jahre) Personen zu unterscheiden. Beim Zivilstand unterscheiden wir zwischen Ledigen und anderen (verheiratet, geschieden, getrennt). Das Bildungsniveau kann als Indikator für soziale Ungleichheiten verwendet werden; es dient uns als Grundlage für die Gliederung der Insassen in solche ohne nachobligatorische Ausbildung und solche mit einem Fähigkeitsausweis oder Diplom einer höheren Schule. Die Nationalität schliesslich ermöglicht uns die Unterscheidung nach schweizerischen und ausländischen Staatsangehörigen.

Eine zweite Serie von erklärenden Variablen bezieht sich auf die **kulturellen und politisch-organisatorischen Aspekte** der schweizerischen Gefängniswelt. Aufgrund der beim Interview benutzten Sprache kann zum Beispiel die lateinische Kultur (französisch- und italienisch-sprachige) von der deutschschweizer Kultur unterschieden werden. Diese Variable gibt Aufschluss über das kulturelle Umfeld und die vorherrschenden ideologischen Ansichten, beispielsweise über die Politik, die im Drogenbereich vertreten werden sollte. Die Zahl der auf italienisch geführten Interviews war allerdings zu klein, um repräsentativ zu sein.

Auf **politischer Ebene** gibt der Kanton, in dem sich die Anstalt befindet, Aufschluss darüber, zu welchem der drei Konkordatssysteme die Insassen gehören (*Westschweiz und Tessin* (7 Kantone: TI, GE, VD,

2.3 Brève description des variables de classification

Il convient de présenter brièvement les principales variables de classification (ou variables explicatives). Premièrement, **au niveau sociodémographique**, nous avons retenu l'âge, le sexe, l'état-civil, la nationalité et le niveau de formation achevé le plus élevé. Vu la petite taille de l'échantillon, nous avons effectué des regroupements pour l'âge afin de distinguer les jeunes (18-24 ans et 25-39 ans) des personnes plus âgées (40 à 60 ans). Pour l'état-civil, nous avons choisi de séparer les célibataires d'une catégorie «autres» (mariés, divorcés, séparés). D'autre part, le niveau de formation peut être utilisé comme indicateur d'inégalités sociales: nous l'avons construit de manière à pouvoir distinguer les détenus sans formation post obligatoire, des détenus ayant obtenu un certificat de capacité (CFC) ou un diplôme d'école supérieure. La nationalité, quant à elle, nous permettra de dissocier les citoyens suisses des étrangers résidant en Suisse.

Une deuxième série de variables explicatives se rapporte aux **aspects culturels et politico-organisationnels** du monde carcéral suisse. Ainsi, nous pouvons distinguer la «culture latine» (de langue française et italienne) de la «culture alémanique», sur la base de la langue utilisée lors de l'interview. Cette variable nous fournit des indications quant à l'environnement culturel et les représentations idéologiques dominantes relatives par exemple à la politique à mener en matière de drogues. Notons que le nombre d'interviews réalisées en italien était trop petit pour être représentatif.

Au niveau politique, le canton où est situé l'établissement nous permet de savoir auquel des trois régimes concordataires se rattache le détenu (*Suisse romande et Tessin* (7 cantons: TI, GE, VD, FR, NE,

FR, NE, VS, JU), *Zentral- und Nordwestschweiz* (11 Kantone und Halbkantone: BE, BS, BL, ZG, AG, SO, LU, SZ, UR, NW, OW) oder *Ostschweiz* (8 Kantone und Halbkantone: ZH, SH, SG, GR, GL, AR, AI, TG). Einblick in die interne **Organisation** geben eine Schätzung der abgesehenen Haftdauer, der Hafttyp (Untersuchungshaft oder Straf- und Massnahmenvollzug) sowie die Grösse der Haftanstalt (klein (3-50 Insassen), mittel (51-100), gross (101+))²⁹⁾.

3 Merkmale der Insassenpopulation

3.1 Soziodemographische Merkmale

3.1.1 Insassenbestände, Dauer der Einweisung und neuere Entwicklung der Insassenpopulation in der Schweiz²⁹⁾

Laut der Schweizerischen Strafvollzugsstatistik des Bundesamtes für Statistik wies die Schweiz 1993 einen durchschnittlichen Insassenbestand von 4157 Personen auf. Von den Insassen waren 53% Schweizer, 24% in der Schweiz wohnhafte Ausländer und der Rest Ausländer ohne Wohnsitz in der Schweiz (23%)³⁰⁾.

Obwohl der durchschnittliche Insassenbestand in der Schweiz von 1984 bis 1995 stabil blieb, erhöhte sich der Ausländeranteil unter den Einweisungen von 31% auf 49%. Eine besonders markante Zunahme verzeichnete die Kategorie der Ausländer mit Wohnsitz in der Schweiz. Ihre Zahl hat sich in zehn Jahren verdoppelt, während der Anteil der nicht in der Schweiz wohnhaften Ausländer stabil blieb.

Was die Aufenthaltsdauer betrifft, so waren 1993 - immer noch laut BFS - lediglich 27% der Insassen drei Monate oder länger inhaftiert. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nimmt jedoch zu: von 99 Tagen 1984 auf 163 Tage 1995. Diese Zunahme ist vor allem auf die strengere Repressionspolitik

VS, JU), *Suisse centrale et du Nord-ouest* (11 cantons et demi-cantons: BE, BS, BL, ZG, AG, SO, LU, SZ, UR, NW, OW) ou *Suisse orientale* (8 cantons et demi-cantons: ZH, SH, SG, GR, GL, AP, AI, TG). **L'organisation** interne, quant à elle, peut être perçue à travers une estimation de la durée passée en prison, le type de régime (détention préventive ou exécution des peines et mesures) ou encore la taille de l'institution carcérale (petite (3-50 détenus), moyenne (51-100) ou grande (101+))²⁹⁾.

3 Caractéristiques de la population incarcérée

3.1 Caractéristiques sociodémographiques

3.1.1 Effectifs de détenus, durée d'incarcération et évolution récente de la population incarcérée en Suisse²⁹⁾

Selon la statistique pénitentiaire de l'Office fédéral de la statistique, l'effectif moyen de la population incarcérée en Suisse s'élevait en 1993 à 4157 détenus. 53% des prisonniers étaient de nationalité suisse, 24% étaient des étrangers résidant en Suisse, le solde étant composé d'étrangers non-résidents (23%)³⁰⁾.

Bien que l'effectif moyen de la population incarcérée en Suisse soit resté stable entre 1984 et 1995, la part des détenus de nationalité étrangère est passée de 31% à 49%. Or, l'augmentation est particulièrement marquée pour la catégorie des étrangers résidant en Suisse. Nous constatons que cette population a doublé en 10 ans alors que la part des étrangers ne résidant pas en Suisse est restée stable.

Toujours selon l'OFS, au niveau de la durée des séjours, seuls 27% des détenus étaient incarcérés pour une durée égale ou supérieure à 3 mois en 1993. A ce propos, la durée moyenne des séjours est en augmentation puisque celle-ci est passée de 99 jours en 1984 à 163 jours en 1995. Cet accroissement est sur-

²⁹⁾ Die Art der Haft wurde aufgrund der in der Stichprobe berücksichtigten Gefängnisse bestimmt, während die Grösse der Haftanstalt auf der Anzahl der in der Schweiz wohnhaften Personen, die seit drei und mehr Monaten einsitzen, basiert.

²⁹⁾ Quelle: *Schweizerische Strafvollzugsstatistik 1995*, BFS, 1996; *Drogen und Strafrecht in der Schweiz (Verzeigungen, Strafurteile und Strafvollzug im Zeitvergleich)*, BFS, Bern 1994.

³⁰⁾ Das Total der ersten beiden Gruppen entspricht der Zielbevölkerung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung in den Gefängnissen. Diese machen 77% der inhaftierten Personen bzw. rund 3200 Insassen aus. Die Differenz im Vergleich zu unseren Berechnungen ist darauf zurückzuführen, dass die Kurzstrafen in unserer Erhebung nicht berücksichtigt werden (vgl. Tabelle 2).

²⁹⁾ Le type de régime a été déterminé sur la base des prisons retenues dans l'échantillon alors que la taille de l'institution carcérale se base sur le nombre de pensionnaires de 3 mois et plus résidant en Suisse (Source: mini-enquête menée de janvier à juin 1993, sur la base du registre des entreprises).

²⁹⁾ Source: *Statistique pénitentiaire suisse 1995*, OFS, 1996; *Drogues et droit pénal en Suisse (Dénonciations, jugements pénaux et exécution des peines)*, OFS, 1994.

³⁰⁾ Le total des deux premiers groupes correspond à la population sondée dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé menée dans les prisons. Ceux-ci représentent 77% des personnes incarcérées ou environ 3200 détenus. La différence par rapport à nos estimations s'explique par la non prise en compte des courtes peines dans le cadre de notre enquête (cf. tableau 2).

im Bereich der Betäubungsmittelgesetz-Delikte (BetmG) seit 1975 zurückzuführen. So verdoppelte sich etwa die Zahl der polizeilichen Verzeigungen aufgrund des BetmG zwischen 1990 und 1993 von 19'000 auf 40'000. 1993 wurden 37% aller Insassen wegen Verstößen gegen das BetmG verurteilt, während es 10 Jahre zuvor noch lediglich 29% gewesen waren. Dies ist einer der höchsten Anteile in ganz Europa, während die Schweiz in bezug auf die Insassenquote im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung europaweit im Mittelfeld liegt³¹⁾.

3.1.2 Besondere Merkmale der Insassen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung³²⁾

Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung geht hervor, dass sich die Struktur der Insassenpopulation stark von jener der Gesamtbevölkerung unterscheidet. Die jüngsten befragten Personen in den Gefängnissen waren 18, die ältesten 60 Jahre alt. Die Insassenpopulation ist im wesentlichen männlich und jung. In den Strafanstalten macht der Männeranteil über 90% aus. 26% der Befragten waren weniger als 25 und 80% weniger als 40 Jahre alt (gegenüber 15% und 56% der Bevölkerung in den Privathaushalten). Das jugendliche Alter der Insassen erklärt auch, weshalb 57% ledig sind (gegenüber 29% der Gesamtbevölkerung).

Die Ergebnisse über den Bildungsstand machen soziale Ungleichheiten sichtbar: 41% der Insassen verfügen neben dem obligatorischen Schulabschluss über keine weiterführende Bildung, im Vergleich zu nur 19% der gleichaltrigen Wohnbevölkerung in den Privathaushalten.

Hingegen stimmt der Anteil der befragten Ausländer mit dem Ausländeranteil in der Gesamtbevölkerung überein. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass der effektive Ausländeranteil (Personen mit und ohne Wohnsitz) 1993 im Strafvollzug 47% und in der ständigen Wohnbevölkerung 19% betrug³³⁾. Diese Unterschiede erklären auch einen Teil der Differenzen, die auf der Ebene der Analyse festzustellen sind.

tout à mettre en relation avec le durcissement de la politique de répression à l'égard des infractions commises à l'encontre des dispositions pénales de la loi fédérale sur les stupéfiants (LStup) depuis 1975. Entre 1990 et 1994, par exemple, le nombre de dénonciations sur la base de la LStup par la police a doublé, passant de 19'000 à 40'000. Notons encore qu'en 1993, 37% des détenus ont été condamnés pour infraction à la LStup alors que ce pourcentage n'était que de 29% 10 ans plus tôt. Au niveau européen, cette proportion est parmi les plus élevées alors que la Suisse se place dans la moyenne des pays du «vieux continent» quant au nombre de détenus proportionnellement à sa population³¹⁾.

3.1.2 Spécificités de la population incarcérée par rapport à la population générale³²⁾

Sur la base de l'enquête suisse sur la santé, nous observons que la structure de la population incarcérée est fort distincte de la population générale (voire Tableau 2). En prison, les personnes interrogées les plus jeunes ont 18 ans et les plus âgées 60 ans. Cette population est essentiellement masculine et jeune. Ainsi, dans les pénitenciers, la part des hommes atteint plus de 90%. 26% des personnes interrogées ont moins de 25 ans et 80% moins de 40 ans (contre 15% et 56% auprès de la population vivant hors institution). La jeunesse des détenus explique aussi que 57% soient célibataires (contre 29% hors institution).

D'autre part, l'inégalité sociale se lit à travers les résultats du niveau de formation avec 41% des détenus n'ayant pas de formation supérieure à la scolarité obligatoire, contre seulement 19% de la population du même âge vivant auprès des ménages.

Par contre, la part de la population étrangère interviewée correspond à la part de la population étrangère hors institution. Il faut rappeler à ce propos que le pourcentage réel des étrangers (résidents et non-résidents) se situe à 47% en milieu carcéral et 19% de la population résidente permanente en 1993³³⁾. Ces décalages expliquent aussi une partie des différences observées au niveau de l'analyse.

³¹⁾ Vgl. Kapitel 7, internationale Vergleiche.

³²⁾ Quelle : Schweizerische Gesundheitsbefragung.

³³⁾ Für die Gefängnisse vgl. Rönz, 1996, S. 46, für die Gesamtbevölkerung vgl. Taschenstatistik der Schweiz, 1995, Gesamtbevölkerung ohne Saisonarbeiter (Jahresdurchschnitt: 50'016) und Asylbewerber (Ende 1993: 40'684).

³¹⁾ Cf. chapitre 7, comparaisons internationales.

³²⁾ Source: enquête suisse sur la santé.

³³⁾ Pour les prisons, cf. Rönz, 1996, p. 46; pour la population générale, cf. Mémento statistique de la Suisse, 1995. Pour la population générale, sans les travailleurs saisonniers (moyenne annuelle: 50'016) ni les demandeurs d'asile (fin 1993: 40'684).

**Soziodemographische Merkmale der Insassenpopulation¹⁾,
Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre)
Caractéristiques socio-démographiques de la population incarcérée¹⁾,
comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans)**

2* Soziodemographische Ebene	Gewichtete Stichprobe Echantillon pondéré				Grösse der Stichprobe Taille de l'échantillon		Niveau socio-démographique
	Prozent / Pour-cent		Bestände / Effectif		Bestände / Effectif (N)		
	Insassen 1993 Détenus 1993	Gesamtbev. 1992/1993 Population générale 1992/1993	Insassen 1993 Détenus 1993	Gesamtbev. 1992/1993 Population générale 1992/1993	Insassen 1993 Détenus 1993	Gesamtbev. 1992/1993 Population générale 1992/1993	
Geschlecht							Sexe
Männer	91,6	49,1	2 568	2 066 725	172	5 345	Hommes
Frauen	(8,4)	50,9	(236)	2 138 223	(29)	6 101	Femmes
Alter							Age
18-24	25,5	14,9	714	624 632	66	1 414	18-24
25-39	54,4	40,8	1 527	1 714 378	104	5 079	25-39
40-60	20,1	44,3	563	1 865 938	31	4953	40-60
Bildungsniveau							Niveau de formation
Oblig. Schulabschluss	41,2	19,4	1 155	815 460	86	2 009	Scolarité obligatoire
Sekundär-/Tertiärabschluss	58,8	80,6	1 649	3 389 487	115	9 437	Degré secondaire / tertiaire
Zivilstand							Etat civil
Ledig	56,7	29,3	1 590	1 233 537	134	3 716	Célibataire
Übrige (verheiratet, verwitwet, geschieden)	43,3	70,7	1 214	2 971 411	67	7 730	Autres (marié, veuf, divorcé)
Sprache des Interviews							Langue de l'interview
Deutsch	74,7	68,7	2 095	2 886 870	159	7 480	Allemand
Andere (Französisch, Italienisch)	25,3	31,3	709	1 318 078	42	3 966	Autres (français, italien)
Nationalität							Nationalité
Schweizer	80,7	80,3	2 263	3 375 348	165	9 634	Suisses
Ausländer	19,3	19,7	541	829 599	36	1 812	Etrangers
Total	100,0	100,0	2 804	4 204 947	201	11 446	Total

¹⁾ Seit mindestens drei Monaten im Gefängnis und 1993 in der Schweiz wohnhaft.
Présents dans une prison depuis au moins 3 mois et résidents en Suisse en 1993.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/1993

3.2 Der Insasse im schweizerischen Strafvollzugssystem

Zunächst gilt es daran zu erinnern, dass die Gefängnisse nicht die einzigen Einrichtungen sind, welche Personen mit abweichendem Verhalten aufnehmen. So müssten im Suchtbereich andere Institutionstypen in Betracht gezogen werden, obschon «ambulante und

3.2 Le détenu au sein du système carcéral suisse

Tout d'abord, il faut rappeler que la prison n'est pas la seule institution prenant en charge les personnes à comportements déviants. Ainsi, dans le domaine de la dépendance, il aurait fallu considérer d'autres types d'institutions même si «des mesures de traitement am-

stationäre Massnahmen anstelle von Strafen nach wie vor nur selten verhängt werden (5% der Fälle)³⁴⁾. Für weitere Informationen zu diesen Institutionen verweisen wir die Leserinnen und Leser an die «Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich»³⁵⁾. Der Richter kann die Einweisung eines Strafgefangenen in eine psychiatrische Klinik anordnen, wenn der Geisteszustand der betreffenden Person ärztliche Behandlung oder spezielle Pflege erfordert (Art. 43 Abs. 1 StGB), in eine Heilanstalt für Alkohol- und Drogensüchtige (Art. 44 Abs. 1 StGB) oder in eine Arbeitserziehungsanstalt (Art 100 bis, StGB) soweit dies erforderlich scheint. In allen Fällen sind die dem seelischen, geistigen und körperlichen Wohl der Eingewiesenen dienenden geeigneten Massnahmen zu treffen, andernfalls kann die Einweisung angefochten werden.

3.2.1 Wohnsituation vor dem Eintritt ins Gefängnis³⁶⁾

Auf die Frage «Wie wohnten Sie, bevor Sie hierher kamen?», antwortete nahezu die Hälfte der Insassen «im eigenen Haushalt» oder «bei Verwandten». Die andere Hälfte trat mehrheitlich aus anderen Institutionen über. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass ein Grossteil der Insassen mindestens einmal, nämlich nach der Urteilsverkündung, von einer Anstalt in eine andere verlegt wird. Von wenigen Ausnahmen abgesehen sind die Einrichtungen für die Untersuchungshaft und jene für den Vollzug im Strafvollzugssystem der Kantone getrennt. Aus dem grossen Anteil Insassen, die von einer anderen Institution herkommen, darf daher nicht geschlossen werden, dass diese rückfällig oder vor der Einweisung sozial schlecht integriert waren. Allerdings ist die Rückfälligkeit unter den Insassen weit verbreitet. Gemäss BFS wird im Durchschnitt nahezu jeder zweite Verurteilte in den sechs Jahren nach seiner Entlassung wieder verurteilt, und fast jeder dritte kehrt in demselben Zeitraum ins Gefängnis zurück³⁷⁾. Eine andere Studie zeigt, dass dieser Prozentsatz in der Untersuchungshaft rund 60% beträgt (Champ-Dollon, Kanton Genf) und dass die Mehrzahl der Rückfälligen bereits als Jugendliche mit dem Jugendgericht zu tun gehabt hatten³⁸⁾.

bulatoire ou résidentiel sont rarement prononcées au lieu des peines (5% des cas)³⁴⁾. Pour obtenir de plus amples informations à propos de ces institutions, nous renvoyons le lecteur à la «statistique du traitement et de l'assistance ambulatoire dans le domaine de l'alcool et de la drogue»³⁵⁾. D'autre part, notons que le juge peut décider d'envoyer le détenu dans un hôpital psychiatrique lorsque l'état mental de la personne exige un traitement médical ou des soins spéciaux (Art. 43, al. 1, CPS), un centre thérapeutique pour les alcooliques et les toxicomanes (Art. 44, al. 1, CPS) ou encore une maison de travail (Art 100 bis, CPS) lorsque le besoin s'en fait sentir. Mais dans tous les cas, les conditions physiques et psychiques de l'individu doivent être compatibles avec le régime carcéral choisi, à défaut de quoi l'incarcération peut être remise en cause.

3.2.1 Lieu de résidence avant l'entrée dans la prison³⁶⁾

A la question «Comment viviez-vous avant d'entrer ici?», près de la moitié des détenus ont répondu «dans leur propre ménage» ou «chez des parents» (voir Graphique 1). L'autre moitié provenant dans la majeure partie des cas d'autres institutions. A ce propos, il faut tenir compte du fait que la grande majorité des prisonniers sont transférés au moins une fois d'un établissement à l'autre, en particulier après que le verdict du jugement ait été prononcé. A quelques exceptions près, une séparation claire existe entre lieu de détention préventive et lieu d'exécution au sein de l'organisation pénitentiaire des cantons. Cette forte proportion de détenus provenant d'une autre institution ne peut donc pas être interprétée comme un signe de récidive ou de mauvaise intégration sociale avant l'incarcération. Il est toutefois utile de rappeler que la récidive est élevée parmi les détenus. Selon l'OFS, près d'un condamné sur deux en moyenne est à nouveau condamné dans les six ans qui suivent sa libération et près d'un sur trois retourne en prison durant la même période³⁷⁾. Une autre étude relève que ce taux s'élève à environ 60% en prison préventive (Champ-Dollon, canton de Genève) et qu'une majorité des récidivistes avaient déjà eu affaire au tribunal des mineurs au cours de leur adolescence³⁸⁾.

³⁴⁾ BAG, Bericht der Expertenkommission für die Revision des BetmG, S. 10.

³⁵⁾ Bekannt unter der Abkürzung «SAMBAD», seit 1996 von BFS und SFA herausgegeben.

³⁶⁾ Quelle: SGB 1993.

³⁷⁾ Vgl. Renate Storz, BFS, 1997.

³⁸⁾ Zimmermann et al., 1983, S.118.

³⁴⁾ OFSP, Rapport de la commission d'expert pour la révision de la LStup, 1996, p. 10.

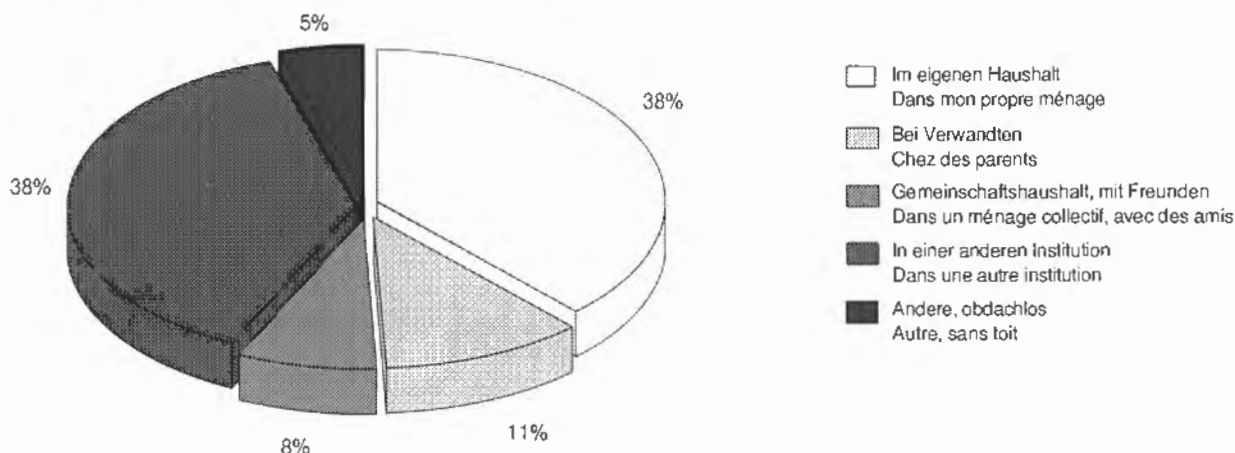
³⁵⁾ Plus connue sous l'abréviation «SAMBAD», publiée depuis 1996 par l'OFS et l'ISPA.

³⁶⁾ Source: ESS 1993.

³⁷⁾ Cf. Renate Storz, OFS, 1997.

³⁸⁾ Zimmermann et al., 1983, p.118.

G1 Wohnort des Gefangenen vor dem Eintritt ins Gefängnis*
Lieu de résidence du détenu avant l'entrée dans la prison*



* Antwort auf die Frage: «Wie wohnten Sie, bevor Sie hierher kamen?»
 * Réponse à la question: «Comment viviez-vous avant d'entrer ici?»

© BFS / Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1993

© OFS / Source: Enquête suisse sur la santé 1993

Jahr des Eintritts ins Gefängnis und Aufenthaltsdauer der Insassen 1993¹⁾
Année d'entrée dans la prison et durée du séjour des détenus en 1993¹⁾

3* Eintrittsjahr / Année d'entrée	Aufenthaltsdauer ²⁾ / Durée du séjour ²⁾	Prozent / Pour-cent	N
1983-1990	3 und mehr Jahre / 3 ans et plus	(14,1)	(17)
1991	2 - 3 Jahre / De 2 à 3 ans	(8,5)	(17)
1992	1 - 2 Jahre / De 1 à 2 ans	26,3	47
1993	weniger als 1 Jahr / Moins d'un an	50,9	119
Total		100,0	200³⁾

¹⁾ Antwort auf die Frage: «Seit wann sind Sie hier?» / Réponse à la question: «Depuis quand êtes-vous ici?»
²⁾ Gibt keinerlei Aufschluss über die effektive Strafdauer / Ne fournit aucune indication sur la durée réelle de la peine.
³⁾ Ein Wert fehlt / Une valeur manquante.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1993 / Source: Enquête suisse sur la santé 1993

3.2.2 Berechnung der Aufenthaltsdauer im Gefängnis³⁹⁾

Basierend auf dem Einweisungsdatum hielten sich über 50% der befragten Personen nach eigenen Angaben seit weniger als einem Jahr im Gefängnis auf, 77% seit weniger als 2 Jahren und 23% seit über zwei Jahren (vgl. Tabelle 3). Diese Anteile entsprechen ziemlich genau den Ergebnissen der Statistik der Strafanstalten für 1993 in bezug auf die Einweisungen von über drei Monaten Dauer: 3 bis 12 Monate (49%), 12 bis 24 Monate (31%) und über 2 Jahre (20%)⁴⁰⁾.

³⁹⁾ Quelle: SGB 1993.
⁴⁰⁾ BFS, PM, 77/1996.

3.2.2 Estimation de la durée du séjour passé en prison³⁹⁾

En tenant compte de la date d'entrée dans la prison, plus de 50% des personnes interviewées déclarent y résider depuis moins d'une année, 77% depuis moins de 2 ans, 23% y séjournant depuis plus de deux ans (voir Tableau 3). Ces pourcentages sont très proches des résultats obtenus sur la base de la statistique des établissements pénitentiaires pour 1993 concernant les incarcérations d'une durée de plus de 3 mois: de 3 à 12 mois (49%), de 12 à 24 mois (31%) et pour une durée supérieure à deux ans (20%)⁴⁰⁾.

³⁹⁾ Source: ESS 1993.
⁴⁰⁾ OFS, CP, 77/1996.

3.2.3 Geographische Unterschiede, Grösse der Anstalt und Hafttyp⁴¹⁾

Das schweizerische Strafvollzugssystem lässt sich in verschiedener Hinsicht differenzieren. Auf **geographischer Ebene** bestehen drei grosse Konkordate: jene der *Ostschweiz*, der *Zentral- und Nordwestschweiz* sowie der *Westschweiz und des Tessins*. Im Falle der Schweizerischen Gesundheitsbefragung in den Gefängnissen fanden nahezu 50% der Interviews in den Anstalten der *Ostschweiz*⁴²⁾ statt, etwas weniger als ein Drittel in der *Zentral- und Nordwestschweiz* und 24% im *Westschweizer* Konkordat.

Abb. 3 Namensliste der wichtigsten Konkordatsanstalten in der Schweiz 1992 (einschliesslich ungefährender Insassenbestand)

Die wichtigsten Konkordatsanstalten für **Erstmalige** sind: Bellechasse (166), Crêtelonge (57), Bellevue (70), [Champ-Dollon (200)] für die *Westschweiz*; Witzwil (215), Oberschöngrün (73), Wauwilermoos (65) für die *Nordwest- und Zentralschweiz*; Saxerriet (134), Gmünden (42), Bitzi (40), Realta (123) für die *Ostschweiz*. Für **Rückfällige**: Orbe (312) für die *Westschweiz*, Thorberg (141), Lenzburg (180), Bostadel (105) für die *Nordwest- und Zentralschweiz* sowie Regensdorf (350), Sennhof (55) für die *Ostschweiz*. Dazu kommen die **speziellen Anstalten**, namentlich La Stampa (241) der sämtliche Hafttyp umfasst (Untersuchungshaft, Strafvollzug, Halbgefangenschaft, Erstmalige, Rückfällige, Frauen), La Tuillière Lonay (40) und Hindelbank (111) nur für Frauen; St Johannsen (90) nur für den Massnahmenvollzug.

(Quelle: Bericht Gadiant, 1995, Anhang 7)

N.B. Die oben erwähnten Anstalten überschneiden sich nicht unbedingt mit den Gefängnissen in der Stichprobe der SGB, die im übrigen aus Gründen des Datenschutzes nicht namentlich genannt werden können.

Der andere Unterschied bezieht sich auf die Grösse der Anstalt und die Art des Hafttyps. **Nach der Anstaltsgrösse** betrachtet fand ungefähr ein Drittel der Interviews in kleinen (weniger als 50 Insassen), knapp ein Fünftel in mittleren (50-99 Insassen) und mehr als die Hälfte in grossen Gefängnissen mit über 100 Insassen statt. Letztere zeichnen sich in der Regel durch den Vollzug von über einjährigen Strafen und einen strengen Hafttyp aus. In diesen Gefängnissen ist der

⁴¹⁾ Quelle: SGB 1993.

⁴²⁾ Wovon ein Grossteil im Kanton Zürich, der auch über das grösste Gefängnis verfügt.

3.2.3 Différences géographiques, tailles et types de régime carcéral⁴¹⁾

Le système carcéral suisse peut être différencié à plusieurs points de vue. Au **niveau géographique**, trois grands concordats sont représentés: celui de la *Suisse orientale*, de la *Suisse centrale et du Nord-ouest* et de la *Suisse romande et du Tessin*. Dans le cas de l'enquête auprès des prisons, près de 50% des entretiens ont été réalisés dans les établissements de la *Suisse orientale*⁴²⁾, un peu moins d'un tiers en *Suisse centrale et du Nord-ouest* et 24% dans le concordat *romand*.

Fig. 3 Liste indicative nominale des principaux établissements concordataires (y compris le nombre approximatif de détenus) répertoriés en Suisse pour 1992

Les principaux établissements concordataires sont **pour les primaires**: Bellechasse (166), Crêtelonge (57), Bellevue (70), [Champ-Dollon (200)] pour la *Suisse romande*; Witzwil (215), Oberschöngrün (73), Wauwilermoos (65) pour la *Suisse du Nord-Ouest et centrale*; Saxerriet (134), Gmünden (42), Bitzi (40), Realta (123) pour la *Suisse orientale*. **Pour les récidivistes**: Orbe (312) pour la *Suisse romande*, Thorberg (141), Lenzbourg (180), Bostadel (105) pour la *Suisse du Nord-ouest et centrale* et Regensdorf (350), Sennhof (55) pour la *Suisse orientale*. A ceux-ci, il faut ajouter **les établissements spéciaux** dont La Stampa (241), combinant tous les types de détentions (préventive, exécution des peines, semi-liberté, primaires, récidivistes, femmes), La Tuillière Lonay (40) et Hindelbank (111) uniquement pour les femmes; St Johannsen (90) uniquement pour les mesures (Source: Rapport Gadiant, 1995, annexe 7).

N.B. A noter que les établissements susmentionnés ne recoupent pas forcément les prisons contenues dans l'échantillon de l'ESS, lesquelles ne peuvent d'ailleurs être explicitement citées pour des raisons tenant à la protection des données.

L'autre différence tient à la taille et au type de régime. **Quant à la taille**, environ un tiers des entretiens ont eu lieu dans de petits établissements (comptant moins de 50 détenus), moins d'un cinquième dans des établissements de taille moyenne (50-99 détenus) et plus de la moitié dans de grandes prisons de plus de 100 détenus. Ces derniers établissements se caractérisent surtout par l'exécution de peines d'une durée souvent supérieure à un an et sont soumis à un régime strict. Dans ces

⁴¹⁾ Source: ESS 1993.

⁴²⁾ Dont une bonne partie dans le canton de Zurich, lequel possède aussi la plus grande prison.

Insassenpopulation und -alter nach Hafttyp, Grösse des Gefängnisses und Strafvollzugskonkordat 1993

Population et âge des détenus selon le type de régime, la taille de la prison et le concordat pénitentiaire en 1993

4* Hafttyp, Gefängnisgrösse und Strafvollzugskonkordat	Gewichtete Stichprobe Echantillon pondéré		N	Alter Age		Type de régime, taille de la prison et concordat pénitentiaire
	Prozent Pour-cent	Bestände Effectifs		Mittel ¹⁾ Moyenne ¹⁾	Median ¹⁾ Médiane ¹⁾	
Hafttyp						Type de régime
Untersuchungshaft	29,9	839	62	32	27	Détention préventive
Strafvollzug	70,1	1 965	139	32	29	Exécution des peines
Total	100,0	2 804	201	32	28	Total
Grösse der Anstalt						Taille de l'institution
3-50	29,9	830	53	29	26	3-50
51-100	18,5	513	82	29	26	51-100
101 und mehr	51,6	1 428	58	35	33	101 et plus
Total	100,0	2 771	193	32	28	Total
Strafvollzugskonkordat						Concordat pénitentiaire
Zentral- und Nordwestschweiz ²⁾	28,3	793	67	33	28	Suisse centrale et du Nord-ouest ²⁾
Ostschweiz ³⁾	47,9	1 342	98	30	26	Suisse orientale ³⁾
Westschweiz ⁴⁾ + Tessin	23,8	665	35	35	34	Suisse romande ⁴⁾ + Tessin
Total	100,0	2 800	200	32	28	Total

¹⁾ Zahlen auf Ganze gerundet / Chiffres arrondis à l'unité.
²⁾ Kantone BE, BS-BL, ZG, AG, SO, LU, SZ, UR, NW, OW / Cantons de BE, BS-BL, ZG, AG, SO, LU, SZ, UR, NW, OW.
³⁾ Kantone ZH, SH, SG, GR, GL, AR, AI, TG / Cantons de ZH, SH, SG, GR, GL, AP, AI, TG.
⁴⁾ Kantone VD, GE, VS, FR, NE, JU / Cantons VD, GE, VS, FR, NE, JU.
N.B. 8 fehlende Werte bei der Grösse der Anstalt und 1 beim Konkordatstyp.
8 valeurs manquantes pour la taille de l'établissement et 1 pour le type de concordat.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1993 / Source: Enquête suisse sur la santé 1993

Kontakt der Insassen mit der Aussenwelt - genau wie in der Untersuchungshaft - beschränkt. **Die Art des Hafttyps** ist abhängig von der Schwere des Vergehens, dem Verhalten des Eingewiesenen oder auch von der Dauer der bereits verbüsst und der noch verbleibenden Strafe. Umgekehrt handelt es sich bei den kleinen, oft auf Bezirksebene angesiedelten Gefängnissen in der Regel um Untersuchungsgefängnisse, in denen gelegentlich aber auch Kurzstrafen verbüsst werden, die zuweilen drei Monate übersteigen können⁴³⁾.

Mehr Schwierigkeiten bereitet die Beschreibung der mittelgrossen Anstalten, die sich oft an der Schnittstelle zwischen Untersuchungshaft und Strafvollzug befinden, die jedoch grössere Kontaktmöglichkeiten mit der Aussenwelt für Insassen bieten, die am Ende ihrer Strafe angelangt sind, und somit generell mehr Möglichkeiten für Beziehungen zur Allgemeinbevölkerung schaffen.

prisons, tout comme pour les institutions préventives, les contacts des détenus avec le monde extérieur est limité. **Le type de régime** varie en fonction de la gravité du délit, de la conduite du détenu ou encore selon la durée de la peine déjà effectuée et à effectuer. A l'inverse, les prisons de petite taille, souvent situées au niveau des districts, sont généralement des prisons préventives dans lesquelles peuvent également être purgées des peines de courte durée pouvant, dans certains cas, dépasser trois mois⁴³⁾.

Il est plus difficile de dresser un portrait des établissements de taille intermédiaire, lesquels se situent le plus souvent à cheval entre la détention préventive et l'exécution des peines, offrant toutefois de plus amples possibilités de contacts avec l'extérieur pour les détenus arrivés en fin de peine et augmentant par là même les possibilités de relations avec la population générale.

⁴³⁾ Die Bezirksgefängnisse scheinen infolge der fehlenden oder mangelhaften sozialmedizinischen Betreuung und der oft ungeeigneten Haftbedingungen besonders ausgeprägte Gesundheitsrisiken aufzuweisen. In vielen Fällen erweist sich die Verwaltung als problematisch, da qualifiziertes Personal fehlt und - gerade in kleinen Gefängnissen - Untersuchungshaft und Strafvollzug nicht getrennt sind.

⁴³⁾ Les risques pour la santé semblent particulièrement aigus dans ce type d'institution vu l'absence ou la carence d'encadrement médico-social et des conditions de détention souvent inadéquates. De plus, la gestion s'avère compliquée dans bien des cas vu le manque de personnel qualifié et la cohabitation fréquente - dans les petits établissements - des régimes d'exécution des peines et de détention préventive.



Das **Gefängnispersonal** seinerseits sieht sich mit steigenden Anforderungen konfrontiert. Angesichts der Entwicklung der Lage in den Strafanstalten sind oft neue Methoden zur Gewährleistung der Sicherheit und zur Betreuung und Resozialisierung der Insassen erforderlich⁴⁴⁾.

Auffallend ist das höhere Durchschnittsalter in den grossen Strafanstalten sowie im Westschweizer und Tessiner Konkordat. Statistisch signifikant sind diese Unterschiede zwischen dem Westschweizer und dem Ostschweizer Konkordat sowie zwischen den kleinen Anstalten (3-50 Insassen) und den grossen (101 und mehr). Dies ist auf die Übervertretung der Ausländer im Westschweizer Konkordat und in den grossen Gefängnissen zurückzuführen, die im Durchschnitt längere Haftstrafen verbüssen als die Insassen mit schweizerischer Staatsangehörigkeit.

3.3 Soziale Beziehungen und Integrationsverhalten

Ab seinem Eintritt ins Gefängnis unterliegt der Gefangene dem Stress der Isolation. Er ist den ständigen Kontrollen seitens der Polizei und/oder der Wärter und dem Druck der Strafuntersuchung ausgesetzt. Vor allem zu Beginn der Einweisung sind die Kontakte mit der Aussenwelt beschränkt oder sogar ganz untersagt. In gesundheitlicher Hinsicht erhält er Informationen über die Krankheitsrisiken im Gefängnis und muss sich einer ärztlichen Eintrittsuntersuchung unterziehen. In den kleineren Untersuchungsgefängnissen (Bezirksgefängnissen) ist diese aber nicht unbedingt garantiert.

In diesem Zusammenhang scheint es wichtig, die gefängnisinternen und externen Unterstützungs- und Betreuungsmöglichkeiten zu evaluieren, die dem Gefangenen bei der Bewältigung seiner Probleme helfen können. Obschon sie bei weitem nicht vollständig sind, liefern einige Fragen, die im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung gestellt wurden, diesbezüglich gewisse Anhaltspunkte.

Die Befragung gibt Aufschluss darüber, wie häufig jemand Besuch von Personen von ausserhalb des Gefängnisses bekommt, wie weit er sich an Klub-, Vereins- oder religiösen Anlässen beteiligt, über sein Arbeitsverhalten und über das Vorhandensein von Vertrauenspersonen.

Auf die Frage «*wie häufig bekommen Sie Besuch von Menschen von ausserhalb*» antworteten 26% der Insassen «*mindestens einmal pro Woche*» und 45% «*mindestens einmal pro Monat*», während die übrigen, d.h. ein Drittel, praktisch nie Besuch erhalten. Tabelle 5 zeigt, dass die Kontakte mit der Aussenwelt beschränkt sind und in gewissen Fällen praktisch nicht existieren. Anzuführen ist, dass das Besuchsrecht in der Regel auf Familie oder Verwandte beschränkt ist. Daher besteht

De son côté, le **personnel pénitentiaire** doit faire face à des exigences élevées. Et eu égard à l'évolution de la situation dans les établissements pénitentiaires, de nouvelles méthodes s'imposent souvent pour garantir la sécurité, pour encadrer et resocialiser les détenus⁴⁴⁾.

Notons encore que les moyennes d'âge sont supérieures pour les grands établissements ainsi que pour le concordat romand et tessinois. Ces différences sont statistiquement significatives entre le concordat romand et la Suisse orientale ainsi qu'entre les petits établissements (3-50 détenus) et les grands (101 et plus). Ceci s'explique par la sur-représentation des étrangers au sein du concordat romand et dans les grandes prisons, lesquels purgent en moyenne des peines plus longues que les détenus de nationalité suisse.

3.3 Relations sociales et modes d'intégration

Dès son entrée en prison, le détenu est soumis au stress de l'isolement. Il est astreint aux contrôles permanents de la part de la police et/ou des gardiens et aux pressions de l'enquête pénale. Surtout au début de l'incarcération, les contacts avec le monde extérieur sont limités, voire interdits. D'autre part, au niveau sanitaire, celui-ci reçoit des informations relatives aux risques épidémiques en milieu carcéral et doit passer un examen médical d'entrée. A noter que ce dernier n'est pas forcément garanti pour les petites prisons préventives (de district).

Dans ce contexte, il paraît important de chercher à évaluer les possibilités de soutien et d'encadrement interne et externe à la prison pouvant aider le détenu à surmonter les problèmes. Bien que loin d'être exhaustives, certaines questions posées dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé apportent un éclairage relatif à ces thèmes.

En effet, celle-ci permet d'estimer les visites provenant de personnes externes à la prison, le degré de participation associative, religieuse, le travail mais aussi la présence ou non de personnes de confiance.

A la question, «*avec quelle fréquence recevez-vous des visites de personnes venant de l'extérieur*», 26% des détenus ont répondu «*au moins une fois par semaine*», 45% «*au moins une fois par mois*», les autres ne recevant pratiquement jamais de visites, soit un tiers. Le tableau 5 montre que les relations avec l'extérieur sont limitées et pratiquement inexistantes pour certains. Rappelons que les visites sont réservées, sauf exception, à la famille ou à la parenté. Dès lors, et

⁴⁴⁾ Vgl. Bericht Gadiant, S. 7 ff.

⁴⁴⁾ Cf. Rapport Gadiant, 1995, p.7ss.

Besuch von Personen von ausserhalb des Gefängnisses nach Nationalität der Insassen¹⁾
Visites de personnes venant de l'extérieur de la prison selon la nationalité du détenu¹⁾

5* Häufigkeit von Besuchen	Prozent / Pour-cent			N			Fréquence des visites
	Total	Schweizer Suisse	Ausländer mit Wohnsitz Etrangers résidant	Total ²⁾	Schweizer Suisse	Ausländer mit Wohnsitz Etrangers résidant	
Mindestens einmal pro Tag	-	-	-	-	-	-	Au moins 1 fois par jour
Mind. einmal pro Woche	26,0	24,6	(31,8)	43	33	(10)	Au moins 1 fois par semaine
Mind. einmal pro Monat	44,7	42,0	(56,1)	86	67	(19)	Au moins 1 fois par mois
Mindestens einmal pro Jahr	(7,5)	(9,1)	...	(17)	(16)	...	Au moins 1 fois par an
Weniger als einmal pro Jahr	11,9	(13,3)	(6,1)	30	(27)	(3)	Moins d'une fois par an
Besuche nicht erlaubt	(8,1)	(8,8)	...	(18)	(16)	(2)	Visites pas permises
«Weiss nicht»	(1,7)	(2,2)	-	(3)	(3)	-	«Ne sais pas»
Total	100	100		197	162	35	Total

¹⁾ Antwort auf die Frage: «Wie häufig bekommen Sie Besuch von Menschen von ausserhalb?».
Réponse à la question: «Avec quelle fréquence recevez-vous de la visite de personnes venant de l'extérieur de la prison?».

²⁾ 4 fehlende Angaben / 4 données manquantes.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1993 / Source: Enquête suisse sur la santé 1993

vor allem für die nicht in der Schweiz wohnhaften Ausländer und die ledigen Personen, die keine Familienangehörigen (in der Schweiz oder in der Nähe) haben, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass sie keinen Besuch erhalten. Diese Feststellung gilt nicht für die Ausländer mit Wohnsitz in der Schweiz: 88% von ihnen bekommen mindestens einmal pro Monat Besuch, gegenüber 65% bei den Schweizern.

Diese Besuche von Personen von ausserhalb des Gefängnisses dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, wie wichtig der Beistand und die Unterstützung durch die anderen Insassen, die Wärter, die Ärzte und das Personal des Sanitätsdienstes ist.

Die Präsenz einer **Vertrauensperson** kann sich als nützlich erweisen, wenn persönliche Probleme auftreten, und ganz besonders in Zeiten der Gefangenschaft. Auf die Frage «Gibt es unter den Personen, die Ihnen nahestehen, jemanden, mit dem sie über wirklich ganz persönliche Probleme reden können?», antworteten 5% der Personen, die in Privathaushalten wohnen, mit Nein, im Vergleich zu 26% der Gefängnisinsassen. Und die Insassen bedauern in 63% der Fälle, dass sie niemanden haben, dem sie sich anvertrauen können (49% in der gleichaltrigen Wohnbevölkerung). Dieses Problem trifft die Frauen (Bevölkerung: 61%, Gefängnis 81%) und die jüngeren Personen (Bevölkerung: 56% und Gefängnisse: 70%) in stärkerem Mass. «Trotz vielfältiger Quellen der Unterstützung geben zwei Drittel der Insassen an, enorm unter der fehlenden Zuneigung gelitten zu haben, und die Hälfte von ihnen betonen den Mangel an Kontakten mit der Aussenwelt und das Fehlen regelmässiger Sprechstunden»⁴⁵⁾.

⁴⁵⁾ Zimmermann et al., 1983.

cela vaut surtout pour les étrangers non résidents et les personnes célibataires, si le détenu ne possède pas de famille (en Suisse ou à proximité), il risquera de ne pas recevoir de visites. Cette constatation ne vaut pas pour les étrangers résidant puisque 88% de ceux-ci reçoivent de la visite au moins une fois par mois contre 65% pour les Suisses.

Mais ces visites de personnes externes à la prison ne doivent pas nous faire oublier l'importance considérable de l'entraide et du soutien obtenu de la part des autres détenus, des gardiens, des médecins et infirmiers du service médical.

La présence ou non d'une **personne de confiance** peut se révéler utile en cas de problèmes personnels et en particulier en période d'incarcération. A la question, «Y a-t-il, parmi vos proches, une personne à qui vous puissiez vraiment parler de problèmes très personnels?», 5% des personnes vivant auprès des ménages répondent par la négative alors qu'ils sont 26% en prison. Et les détenus regrettent dans 63% des cas de ne pas avoir de personne de confiance à qui pouvoir se confier (49% auprès de la population du même âge). Ce problème touche davantage les femmes (population: 61%, prisons 81%) et les jeunes (population: 56% et prisons: 70%). «Il reste qu'en dépit des sources multiples de soutien, les deux tiers des détenus disent avoir énormément manqué d'affection et que la moitié d'entre eux soulignent l'insuffisance des contacts avec l'extérieur et l'absence de parloirs réguliers»⁴⁵⁾.

⁴⁵⁾ Zimmermann et al., 1983.



Das Strafgesetz verpflichtet den Gefangenen zur **Arbeit**. Artikel 37 Abs.1 StGB lautet wie folgt: «(...) Er (der Gefangene) soll womöglich mit Arbeiten beschäftigt werden, die seinen Fähigkeiten entsprechen und die ihn in den Stand setzen, in der Freiheit seinen Unterhalt zu erwerben». Auf die Frage «Arbeiten Sie im Moment?», gaben denn auch 86% der Insassen an, einer Arbeit innerhalb des Gefängnisses nachzugehen, während 8% ausserhalb und 6% gar nicht arbeiteten. Bei den Personen, die nach eigenen Angaben ausserhalb des Gefängnisses arbeiten, dürfte es sich um solche im Regime der Halbgefängenschaft oder Halbfreiheit handeln. Die «Erwerbstätigenquote» liegt somit über derjenigen der Allgemeinbevölkerung (77% für die Männer und 54% für die Frauen im Jahr 1993⁴⁶⁾). Die Schweizer sind in den Gefängnissen häufiger erwerbstätig als die Ausländer (89% gegenüber 78%).

Die **Mitwirkung in Vereinen**, ein Zeichen der sozialen Integration, ist unter den Gefangenen hingegen deutlich geringer als in der Allgemeinbevölkerung. Auf die Frage «Sind Sie Mitglied in irgendeinem Verein oder Klub?», antworteten 51% der Personen in den Privathaushalten mit Ja, im Gegensatz zu nur 17% der Gefängnisinsassen. Dazu ist zu sagen, dass der Beteiligungsgrad in beiden Bevölkerungskategorien mit zunehmendem Bildungsgrad steigt. Die Teilnahmehäufigkeit ist wegen der hohen Antwortverweigerungsrate allerdings schwieriger zu schätzen. 4% der Insassen nehmen mindestens einmal pro Woche an einem Vereins- oder Klubtreffen innerhalb des Gefängnisses teil. Dieser Prozentsatz mag im Vergleich zu den 57% für die Gesamtbevölkerung sehr gering scheinen, doch ist zu bedenken, dass es in der Mehrzahl der Gefängnisse keine Klubs oder Vereine gibt oder die Teilnahme aus Sicherheitsgründen erschwert wird.

Der **Besuch von religiösen Anlässen** kann eine Quelle der moralischen Unterstützung sein, selbst in den Gefängnissen, wo sie zum Angebot gehören. Auf die Frage «Wie häufig besuchen Sie religiöse Anlässe?» gaben jedoch nur 13% der Gesamtbevölkerung und 4% der Insassen an, mindestens einmal pro Woche am Gottesdienst teilzunehmen. 41% der Wohnbevölkerung und 75% der Gefangenen gehen nach eigenen Angaben nie zur Kirche. Noch geringer ist das Interesse der Jungen (unter 25jährigen): In dieser Altersgruppe nehmen 48% der Personen in den Privathaushalten und 81% der Gefängnisinsassen nie an religiösen Anlässen teil. Allerdings haben die Insassen stets die Möglichkeit, Kontakt mit den Anstaltsgeistlichen aufzunehmen (bzw. zu pflegen).

Le Code pénal astreint le détenu au **travail**. L'article 37, al.1 du CPS est libellé de la manière suivante: «(...) on confiera (au détenu) autant que possible des travaux répondant à ses aptitudes et lui permettant, une fois remis en liberté, de subvenir à son entretien». En effet, à la question «travaillez-vous actuellement?», 86% des détenus répondent être actifs dans l'enceinte de la prison, 8% à l'extérieur. Et 6% annoncent ne pas travailler. Notons que les personnes déclarant travailler à l'extérieur peuvent se trouver en régime de semi-détention ou de semi-liberté. Ainsi, le taux de «personnes actives» est-il bien supérieure à celui de la population générale (77% pour les hommes et 54% pour les femmes en 1993⁴⁶⁾). Dans les prisons, les Suisses sont davantage occupés que les étrangers (89% contre 78%).

Par contre, la **participation associative**, signe d'intégration sociale, est bien moindre auprès des détenus qu'auprès de la population générale. A la question «Etes-vous membre d'une quelconque association ou club?», 51% des personnes vivant auprès des ménages répondent par l'affirmative alors que seules 17% avouent être membres en milieu carcéral. A noter que l'affiliation s'accroît avec le niveau de formation pour les deux catégories de population. La fréquence de participation, quant à elle, est plus difficile à estimer vu le fort taux de non-réponses. Sur l'ensemble des détenus, 4% se réunissent au moins une fois par semaine dans le cadre d'une association ou d'un club à l'intérieur de l'établissement. Ce taux peut paraître très faible en regard des 57% pour la population générale bien que dans la majorité des prisons, les clubs ou autres associations n'existent pas ou une participation est rendue difficile pour des raisons de sécurité.

D'autre part, la **participation au culte religieux** peut constituer une source de soutien moral même en prison où des cultes sont dispensés. Or, à la question «A quelle fréquence assistez-vous aux cérémonies religieuses?», seuls 13% de la population générale et 4% des détenus déclarent participer au moins une fois par semaine au culte. A l'opposé, 41% des citoyens hors institution et 75% des prisonniers déclarent ne jamais fréquenter l'église. Les jeunes (moins de 25 ans) sont encore moins fervents: parmi ceux-ci, nous trouvons 48% de personnes ne fréquentant pas le culte auprès des ménages et 81% dans les prisons. Notons que les détenus ont toujours la possibilité de maintenir (d'entretenir) des contacts avec les aumôniers désignés.

⁴⁶⁾ BFS, SAKE, 1994.

⁴⁶⁾ OFS, ESPA, 1994.

Zusammenfassend zeigt sich in bezug auf die organisierte Erwerbstätigkeit, dass ein Grossteil der Gefangenen - in Übereinstimmung mit den Vorschriften des StGB - einer Arbeit innerhalb des Gefängnisses nachgeht. Dagegen treten im Bereich der sozialen Beziehungen und der übrigen Integrationsverhalten Mängel zutage. Zunächst mangelt es an Beziehungen zur Aussenwelt, was in den meisten Fällen auf die Strenge des Vollzugssystems zurückzuführen ist (maximal ein Besuch pro Gefangener und pro Woche in den meisten Anstalten). Zweitens beklagen die Gefangenen auch den Mangel an Personen, denen sie sich anvertrauen können, obwohl gewisse Möglichkeiten existieren.

4 Gesundheitszustand und Krankheitssymptome

Zur Beschreibung des Gesundheitszustands der Insassenpopulation befassen wir uns zunächst mit dem körperlichen Gesundheitszustand (aufgrund von Körpergewicht, Blutdruck und der subjektiven Beurteilung des eigenen Gesundheit) und den Krankheitssymptomen. Anschliessend versuchen wir, aufgrund der selbstdeklarierten Empfindungen wie Niedergeschlagenheit, Nervosität, Ausgeglichenheit oder Optimismus ein Bild des psychischen Befindens zu vermitteln. Bevor wir jedoch zur Interpretation dieser Ergebnisse übergehen, wollen wir sehen, wie die Insassen selbst die Gesundheit wahrnehmen.

Auf die Frage *«Beeinflusst die Gesundheit ihre Lebensweise?»*, antworteten 82% der Insassen mit Ja (77% der Gesamtbevölkerung). Wenn präzisiert wurde *«Von was hängt es vor allem ab, ob man gesund ist?»*, waren 68% der Meinung, dass dies vor allem *«von der Art abhängt, wie man sein Leben gestaltet»*, während 15% die *«Umweltqualität»*, 9% die *«Vererbung»* und 9% den *«Zufall»* an erster Stelle nannten (keine signifikanten Unterschiede zur Gesamtbevölkerung, ausser für die Vererbung: 66%, 11%, 15% und 7%).

4.1 Körperlicher Gesundheitszustand und Krankheitssymptome

4.1.1 Körpergewicht, Blutdruck und Cholesterinspiegel

Was die Sterblichkeit betrifft, so stellen ein erhöhter Blutdruck oder ein zu hoher Cholesterinspiegel erwiesenermassen Risikofaktoren für den Herz-Gefässbereich dar, und alles deutet darauf hin, dass diese zwei Faktoren dazu beitragen dürften, das Gefühl des *«Unwohlseins»* der Insassen zu steigern. Die Ergebnisse zeigen, dass etwas mehr als ein Drittel der Männer im Alter von 18 bis 60 Jahren in der

Pour résumer, nous constatons qu'au niveau du travail organisé dans le cadre de la prison, la grande majorité des détenus déclarent être actifs en conformité avec les règles émises dans le CPS. Par contre, au niveau des relations sociales et autres modes d'intégration, une insuffisance est relevée. Premièrement, nous constatons le manque de relations avec l'extérieur. Ceci étant dû le plus souvent à la rigidité du système carcéral (maximum d'une visite par détenu et par semaine dans la plupart des établissements). Deuxièmement, les détenus déclarent également manquer de personnes à qui ils puissent se confier bien que certaines possibilités existent.

4 Etat de santé et symptômes de maladies

Pour présenter l'état de santé de la population carcérale, nous avons décidé de retenir, premièrement, l'état de santé physique (à partir du poids corporel, de la tension artérielle, du taux de cholestérol et de l'estimation subjective de l'état de santé) et les symptômes de maladie. Dans un deuxième temps, nous tenterons de donner une image de l'état de santé psychique à travers les sentiments auto déclarés tels que l'état dépressif, la nervosité, la sérénité ou l'optimisme. Mais avant de passer à l'interprétation de ces résultats, voyons comment est perçue la santé auprès des détenus.

A la question *«La santé influence-t-elle votre mode de vie»*, 82% des détenus répondent par l'affirmative (77% auprès de la population générale). En précisant *«De quoi dépend avant tout le fait que quelqu'un est en très bonne santé ou en moins bonne santé?»*, 68% sont d'avis que cela dépend avant tout de *«la manière de structurer sa propre vie»*, 15% de *«la qualité de l'environnement»*, 9% de *«l'hérédité»* et 9% citent *«le hasard»* (pas de différences significatives par rapport à la population générale, excepté pour l'hérédité: 66%, 11%, 15% et 7%).

4.1 Etat de santé physique et symptômes de maladies

4.1.1 Poids corporel, tension artérielle et taux de cholestérol

En matière de morbidité, l'hypertension ou un taux de cholestérol trop élevé constituent des facteurs de risque cardio-vasculaires démontrés et tout laisse penser que ces deux facteurs contribueraient à accroître le sentiment de *«mal-être»* des détenus. A la lumière des résultats, un peu plus d'un tiers des hommes âgés de 18 à 60 ans affichent un **excédent de poids** autant dans les prisons qu'auprès de la popula-

Gesamtbevölkerung ebenso wie in den Gefängnissen an **Übergewicht** leiden. Während 18% der Frauen derselben Alterskategorie übergewichtig sind, trifft dies nur auf 8% der Gefängnisinsassinnen zu.

Hinsichtlich des selbstdeklarierten **Blutdrucks** sind kaum Unterschiede zwischen den Gefängnisinsassen und der Gesamtbevölkerung auszumachen (5% und 7% der Befragten haben einen erhöhten Blutdruck). Dasselbe gilt für den **Cholesterinspiegel** (den rund 15% der Personen in beiden Bevölkerungsgruppen für zu hoch halten). In soziodemographischer Hinsicht ist anzufügen, dass 23% der Frauen in den Privathaushalten und 12% der Insassinnen (N=5/29) einen zu tiefen Blutdruck melden, was für die Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten eher günstig ist. Somit kann also für die Gefängnisse kein Zusammenhang zwischen schlechtem psychischen Befinden bzw. Krankheitssymptomen und Gewichts- oder Blutdruckproblemen nachgewiesen werden. Ähnliche Ergebnisse (d.h. für die Insassen «günstige» Ergebnisse im Vergleich zur Gesamtbevölkerung) wurden übrigens auch für männliche Gefangene in England und Wales beobachtet⁴⁷⁾.

4.1.2 Subjektiver Gesundheitszustand

Auf die Frage, wie es ihnen körperlich gehe, antworteten 27% der Insassen mit «schlecht», «sehr schlecht» oder «mittelmässig», also 2,3-mal mehr als in der Gesamtbevölkerung (12%; vgl. Tabelle 6). Andererseits fühlten sich 16% «sehr gut» (30% in den Privathaushalten). Das körperliche Befinden verschlechtert sich «drinnen» mit zunehmendem Alter genauso wie «draussen» in der Allgemeinbevölkerung. Fast vier von zehn Frauen in Strafanstalten crachten ihren Gesundheitszustand als «mittelmässig» bis «sehr schlecht» (jede 10. in den Haushalten).

Auf die retrospektive Frage «Wie geht es Ihnen gesundheitlich im Vergleich zu sonst im allgemeinen?», antworteten 21% der Insassen mit «eher besser» und 23% mit «eher schlechter», gegenüber 15% und 14% in der Gesamtbevölkerung. Entgegen der Hypothese, dass sich der Gesundheitszustand der spezifischen Kategorie der Drogenabhängigen im Gefängnisumfeld verbessere, zeigt es sich, dass sich 29% der regelmäßigen Drogenkonsumenten «eher schlechter» fühlen als sonst.

tion générale. Si 18% des femmes de la même catégorie d'âge ont un poids excessif auprès de la population, cela ne concerne que 8% des détenues.

Au niveau de la **tension artérielle** auto-déclarée, la différence entre la population carcérale et la population générale est négligeable (5% et 7% des personnes interrogées possèdent une tension trop élevée) de même que pour le **taux de cholestérol** (environ 15% jugent ce taux trop élevé pour les 2 types de population). Au niveau sociodémographique, notons que 23% des femmes vivant auprès des ménages et 12% des prisonnières (N=5/29) annoncent une tension trop basse, ce qui est plutôt bon signe en matière de prévention des maladies cardio-vasculaires. Ainsi, aucune relation entre une mauvaise santé psychique ou des symptômes de maladies et des problèmes de poids ou de tension artérielle trop élevée ne peuvent être reportée pour les prisons. Notons que des résultats similaires («favorables» aux prisonniers par rapport à la population) ont été observés pour les détenus anglais et gallois de sexe masculin⁴⁷⁾.

4.1.2 L'état de santé subjectif

En leur demandant comment ils se sentent physiquement, 27% des prisonniers répondent «mal», «très mal» ou «moyen», soit 2,3 fois plus de ce qui est observé pour la population hors institution (12%, voir Tableau 6). A l'inverse, 16% déclarent se sentir «très bien» (30% auprès des ménages). «Intra muros», l'état de santé physique se détériore avec l'âge tout comme auprès de la population générale. En prison, près de 4 femmes sur 10 déclarent un état de santé «moyen» à «très mal» (1 sur 10 auprès des ménages).

Rétrospectivement, à la question «Quelle est votre état subjectif de santé comparé à votre santé habituelle?», 21% des détenus ont répondu «plutôt mieux», 23% «plutôt moins bien» comparé à 15% et 14% auprès de la population générale. Contrairement à l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé en milieu carcéral pour la catégorie spécifique des toxicomanes, on notera que 29% des consommateurs réguliers de drogues dures en prisons se sentent plutôt «moins bien» qu'habituellement.

⁴⁷⁾ Bridgwood, Malborn, *Survey of the physical health of the prisoners - preliminary findings*, Office of Population Census and Survey (OPCS, UK), Social Survey division, 1995.

⁴⁷⁾ Bridgwood, Malborn, *Survey of the physical health of the prisoners - preliminary findings*, Office of Population Census and Survey (OPCS, UK), Social Survey division, 1995.

**Subjektiver Gesundheitszustand und Krankheitssymptome der Insassen,
Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre)**

**Etat de santé subjectif et symptômes de maladies des détenus,
comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans)**

6* Subjektiver Gesundheitszustand und Krankheitssymptome	Prozent / Pour-cent		N		Etat de santé subjectif et symptôme de maladies
	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	
	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	
1. Subjektiver Gesundheitszustand: mittelmässig, schlecht oder sehr schlecht¹⁾					1. Etat de santé subjectif: moyen, mal ou très mal¹⁾
Nach Geschlecht					Selon le sexe
Männer	25,7	11,0	46	612	Hommes
Frauen	(39,2)	13,5	(13)	858	Femmes
Total	26,8	12,3	59	1470	Total
Nur Männer					Hommes uniquement
Nach Alter					Selon l'âge
18-24 Jahre	(18,1)	6,9	(11)	50	18-24 ans
25-39 Jahre	(29,6)	9,6	(27)	237	25-39 ans
40-60 Jahre	(24,7)	13,8	(8)	325	40-60 ans
Nach Bildungsniveau					Selon le niveau de formation
Obligat. Schulabschluss	(15,5)	14,7	(12)	110	Scolarité obligatoire
Sekundär- / Tertiärabschluss	32,7	10,4	34	502	Degré secondaire / tertiaire
Nach Nationalität					Selon la nationalité
Schweizer	25,1	9,9	35	457	Suisses
Ausländer	(28,1)	15,0	(11)	155	Etrangers
Total Männer	25,7	11,0	46	612	Total Hommes
2. Krankheitssymptome: starke körperliche Symptome²⁾					2. Symptômes de maladies: forts symptômes physiques²⁾
Nach Geschlecht					Selon le sexe
Männer	47,0	19,4	80	1067	Hommes
Frauen	(74,0)	30,9	(24)	1935	Femmes
Total	49,3	25,2	104	3002	Total
Nur Männer					Hommes uniquement
nach Alter					Selon l'âge
18-24 Jahre	(49,1)	18,6	(24)	124	18-24 ans
25-39 Jahre	46,2	18,9	42	468	25-39 ans
40-60 Jahre	(46,4)	20,2	(14)	475	40-60 ans
Nach Bildungsniveau					Selon le niveau de formation
Obligat. Schulabschluss	36,1	23,9	(28)	165	Scolarité obligatoire
Sekundär- / Tertiärabschluss	54,4	18,6	52	902	Degré secondaire / tertiaire
Nach Nationalität					Selon la nationalité
Schweizer	44,9	17,7	65	817	Suisses
Ausländer	(55,6)	25,6	(15)	250	Etrangers
Total Männer	(47,0)	19,4	80	1067	Total Hommes

¹⁾ «Subjektiver Gesundheitszustand»: Antwort auf die Frage «Wie geht es Ihnen im Moment?» Mögliche Antworten: - sehr gut - gut - mittelmässig - schlecht - sehr schlecht; Zusammenfassung der Kategorien «mittelmässig», «schlecht» und «sehr schlecht». N-Prisons: Total=59/201, Männer=46/172; N-Haushalte: Total=1470/11'446, Männer=612/5345.
«Etat de santé subjectif»: réponse à la question «Comment allez-vous en ce moment?» Réponses possibles: - très bien - bien - comme ci, comme ça (moyen) - mal - très mal; regroupement des items «moyen», «mal» et «très mal». N-Prisons: total=59/201, hommes=46/172; N-Ménages: total=1470/11'446, hommes=612/5345.

²⁾ «Psychosomatische Krankheitssymptome» in den letzten 4 Wochen (Indikatoren, beruhend auf den Fragen über Rückenschmerzen, Schwächegefühle, Bauchschmerzen, Durchfall, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Herzrhythmusstörungen, Beschwerden, Fieber (Quelle: IGIP/PROMES, 1990). N-Gefängnisse: Total=104/201, Männer=80/172; N-Haushalte: Total=3002/11'446, Männer=1067/5345.
«Symptômes psychosomatiques de maladie» dans les 4 dernières semaines (gradient sur la base de questions portant sur le mal de dos, le sentiment de faiblesse, le mal au ventre, la diarrhée, l'insomnie, les maux de tête, l'irrégularité cardiaque, la douleur, la fièvre (source: IGIP/PROMES, 1990). N-Prisons: total=104/201, Hommes=80/172; N-Ménages: total=3002/11'446, hommes=1067/5345.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/1993

4.1.3 Krankheitssymptome

Gefängnisinsassen sind doppelt so stark von psychosomatischen Symptomen wie Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Magenschmerzen und Fieber betroffen wie der Rest der Bevölkerung (49% gegenüber 25%; vgl. Tabelle 6). Das Alter ist offenbar nicht entscheidend, hingegen scheinen die Nationalität und vor allem das Geschlecht eine Rolle zu spielen. Frauen und Ausländer melden mehr Krankheitssymptome, und zwar sowohl in den Gefängnissen als auch in den Privathaushalten.

Personen, die über einen Abschluss auf Sekundärstufe verfügen, weisen im Gefängnis mehr Krankheits-symptome auf, während sich in der Gesamtbevölkerung das Gegenteil abzeichnet.

4.1.4 Probleme des Atemapparats: *Chronische Bronchitis und Asthma*

Probleme des Atemapparats - und insbesondere chronische Bronchitis - treten im Gefängnis häufiger auf. 14% der Insassen beklagen sich über wiederholte, hartnäckige Hustenanfälle im Winter und im Sommer sowie über täglichen Auswurf seit mindestens zwei Jahren, während dieses Problem weniger als 2% der Gesamtbevölkerung betrifft. Im Gefängnis leiden 5 von 29 befragten Frauen unter chronischer Bronchitis. Der Zusammenhang mit dem extrem hohen Tabakkonsum ist hier unverkennbar.

Andererseits haben 12% der Insassen Probleme mit Asthma (3% der Gesamtbevölkerung). Obschon wir nicht in der Lage sind, die Ursachen dieses Übels zu bestimmen, stellen wir doch fest, dass die Frauen wiederum besonders stark von diesem Problem betroffen sind (6 von 23 Antwortenden).

4.2 Einschätzung der psychischen Gesundheit und affektive Störungen

Das **psychische Wohlbefinden** der Gefängnisinsassen scheint deutlich schlechter zu sein als jenes der Bevölkerung draussen. Aufgrund unseres Indikators⁴⁹⁾ vermelden 58% der Insassen einen schlechten psychischen Gesundheitszustand (im Vergleich zu 31% der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung).

Wird die soziodemographische Dimension mitberücksichtigt, so sind über 70% der jungen Insassen (18-24 Jahre) nach eigenen Angaben in schlechter psychischer Verfassung, gegenüber 40% der Gesamt-

⁴⁹⁾ Gradient, beruhend auf den Fragen über Niedergeschlagenheit, Ausgeglichenheit, Nervosität, Optimismus (vgl. Tabelle 7).

4.1.3 Les symptômes de maladie

La population des détenus est 2 fois plus touchée par des symptômes psychosomatiques tels que le mal de dos, le mal de tête, le mal à l'estomac, la fièvre que le reste de la population (49% contre 25%; voir tableau 6). L'âge ne semble pas être déterminant alors que la nationalité et surtout le sexe apparaissent comme plus importants. Ainsi, les femmes et les étrangers déclarent davantage de symptômes de maladies tant dans les prisons qu'au sein des ménages privés.

Par contre, davantage de symptômes sont observés pour les personnes ayant achevé l'école secondaire en prison alors que le phénomène inverse s'observe auprès de la population.

4.1.4 Problèmes respiratoires: *bronchite chronique et asthme*

Les problèmes respiratoires - et la bronchite chronique en particulier - frappent davantage la population carcérale. 14% des détenus se plaignent de quintes de toux persistantes en hiver comme en été ainsi que de glaires quotidiens depuis au moins 2 ans tandis que ce problème touche moins de 2% de la population générale. En prison, sur les 29 femmes interrogées, 5 souffrent de bronchites chroniques. A ce propos, le lien avec la consommation extrêmement élevée de tabac apparaît clairement.

D'autre part, nous constatons que 12% des détenus sont importunés par des problèmes d'asthme (3% auprès de la population générale). Sans qu'il nous soit possible de déterminer les causes de ce mal, nous remarquons à nouveau que ce problème touche particulièrement les femmes (6 sur 23 ayant répondu à la question).

4.2 Appréciation de la santé psychique et troubles affectifs

L'**état de santé psychique** de la population carcérale apparaît comme bien moins bon que celui de la population libre. En effet, sur la base de notre indicateur⁴⁹⁾, 58% des détenus déclarent un état de santé psychique mauvais (respectivement 31% de la population générale du même âge).

En tenant compte de la dimension soziodémographique, plus de 70% des jeunes détenus (18-24 ans) affichent un mauvais état de santé psychique contre 40% de la population générale. Tout comme hors ins-

⁴⁹⁾ Gradient sur la base de questions portant sur la dépression, la sérénité, la nervosité, l'optimisme (voire Tableau 7).

bevölkerung. Genau wie «draussen» verbessert sich das psychische Befinden mit dem Alter. Das Bildungsniveau scheint im Gefängnis keinen Einfluss zu haben, während sich eine weiterführende Ausbildung bei den Privathaushalten als zusätzlicher Präventivfaktor herausstellt. Bei den Insassen sind keine signifikanten Unterschiede nach Art des Hafttyps oder nach der Aufenthaltsdauer im Gefängnis auszumachen.

Betrachtet man die Art der Gemütsstörungen, so zeigt es sich, dass 21% der Insassen unter **ständiger Niedergeschlagenheit** (7 von 7 Tagen) leiden. Letztere tritt somit deutlich häufiger auf als in der Bevölkerung (5%). Besonders stark betroffen sind die Ausländer (37% im Gefängnis und 9% in der Gesamtbevölkerung).

Wiederkehrende Nervosität ist Ausdruck von Beklemmung und Stress. 16% der befragten Personen in den Strafanstalten gaben an, sich in einem Zustand ständiger Nervosität zu befinden (verglichen mit 7% der gleichaltrigen Bevölkerung). Beklemmung und Stress nehmen mit dem Alter zu und Frauen und Ausländer⁴⁹⁾ sind besonders betroffen.

Auskunft über einen Zustand der **Unruhe** gibt die folgende Frage: «An wievielen Tagen in der letzten Woche sind Sie ruhig, ausgeglichen und gelassen gewesen?». 21% der Insassen und 5% der Bevölkerung antworteten darauf mit «nie». Auch hier ist der Unterschied zwischen der Bevölkerung «drinnen» und «draussen» erheblich. Diese Unruhe nimmt mit dem Alter zu und wiederum sind Frauen und Ausländer besonders stark betroffen.

Ähnliche Resultate ergeben sich in bezug auf den **Optimismus**: 38% der Gefängnisinsassen haben eine permanent negative Sicht des Lebens, gegenüber 8% der Bevölkerung «draussen».

Im Gefängnis sind die Insassen von ihrem üblichen Umfeld abgeschnitten. Dies versetzt sie in einem Zustand grosser Ungewissheit in bezug auf ihre Angehörigen, den Verlauf der Strafuntersuchung, die mehr oder weniger langfristigen Aussichten auf provisorische Freilassung und das Leben im Gefängnis. Gemäss Zimmermann et al. (1983) äussert sich dieses «Unwohlsein» in einem Drittel der Fälle als psychologische Verzweiflung und bringt psychopathologische Neigungen von solcher Schwere mit sich, dass daraus potentielle Psychiatricfälle entstehen, obwohl es sich nicht um Geisteskrankheiten handelt. Wie diese Autoren weiter ausführen, «nimmt die Ungewissheit - die wichtigste Ursache der Verwirrung in den ersten Tagen der Haft - mit der Zeit ab und die Insassen gewöhnen sich an das Leben im Gefängnis. Das Miss-

titution, la santé psychique des prisonniers s'améliore avec l'âge. Par contre, le niveau de formation ne joue aucun rôle en milieu carcéral alors qu'auprès des ménages, la poursuite des études constitue un facteur préventif supplémentaire. Pour les personnes incarcérées, aucune différence significative n'est observée au niveau du régime pénitentiaire pas plus que quant à la durée du séjours en institution.

En considérant le type de troubles affectifs, nous remarquons que **la déprime permanente** (7 jours sur 7) touche 21% des détenus. Cette dernière est ainsi beaucoup plus fréquente qu'auprès de la population (5%). Les étrangers sont particulièrement touchés (37% en prison et 9% auprès des ménages).

La nervosité récurrente exprime quant à elle l'anxiété et le stress. Dans les pénitenciers, 16% des personnes interviewées disent se trouver dans un état de nervosité permanente (7% auprès de la population du même âge). L'anxiété et le stress augmentent avec l'âge, et les femmes ainsi que les étrangers⁴⁹⁾ sont particulièrement atteints.

L'inquiétude peut se lire à travers la question suivante: «Dans la semaine passée, combien de jours avez-vous été calme, équilibré(e), serein(e)?». 21% des détenus et 5% de la population répondent «jamais». De nouveau, l'écart entre la population «in muros» et «extra muros» apparaît important. Cette inquiétude croît avec l'âge, et à nouveau les femmes et les étrangers sont très affectés.

Des résultats similaires sont observés concernant **l'optimisme**: 38% des détenus ont en permanence une vision négative de la vie contre 8% pour la population «extra muros».

L'incarcération sépare les détenus de leur cadre de vie habituel. Elle plonge ceux-ci dans une très grande incertitude en ce qui concerne leurs proches, le déroulement de l'instruction pénale, les perspectives plus ou moins lointaines de libération provisoire et la vie en prison. Selon Zimmermann et al. (1983), ce «mal-être» se traduit dans un tiers des cas en détresse psychologique et fait ressortir des tendances psychopathologiques d'une gravité suffisante pour en faire des cas psychiatriques potentiels, sans qu'il s'agisse pour autant de maladies mentales. Or, toujours selon ces auteurs, «au fur et à mesure que la détention se prolonge, l'incertitude, - facteur primordial de désarroi pendant les premiers jours de détention, - se réduit et les détenus s'adaptent à la vie en prison. Les attitudes de méfiances diminuent et tout permet globalement de penser à une très légère tendance à l'amélioration de la

⁴⁹⁾ die in der Regel längere Strafen verbüssen als die Schweizer Insassen.

⁴⁹⁾ Purgeant une peine généralement plus longue que les détenus de nationalité suisse.

**Psychisches Befinden und Niedergeschlagenheit der Insassen,
Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre)**

**Santé psychique et état dépressif des détenus,
comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans)**

7* Art der psychischen Störungen	Prozent / Pour-cent		N		Type de troubles psychiques
	Insassen 1993 Détenus 1993	Gesamtbev. 1992/1993 Pop. générale 1992/1993	Insassen 1993 Détenus 1993	Gesamtbev. 1992/1993 Pop. générale 1992/1993	
1. Psychisches Befinden: schlecht¹⁾					1. Santé psychique: mauvaise¹⁾
Nach Geschlecht					Selon le sexe
Männer	57,7	29,1	96	1477	Hommes
Frauen	(57,9)	33,5	(19)	1989	Femmes
Total	57,7	31,4	115	3466	Total
Nur Männer					Hommes uniquement
Nach Alter					Selon l'âge
18-24 Jahre	70,2	37,2	36	235	18-24 ans
25-39 Jahre	54,3	30,6	46	694	25-39 ans
40-60 Jahre	(52,3)	24,9	(14)	548	40-60 ans
Nach Bildungsniveau					Selon le niveau de formation
Obligator. Schulabschluss	55,9	37,8	39	241	Scolarité obligatoire
Sekundär- /Tertiärabschluss	58,9	27,6	57	1236	Degré secondaire / tertiaire
Nach Nationalität					Selon la nationalité
Schweizer	54,3	28,0	74	1181	Suisse
Ausländer	(73,0)	33,3	(22)	296	Etrangers
Total Männer	57,7	29,1	96	1477	Total Hommes
2. Niedergeschlagenheit: fast täglich²⁾					2. Etat dépressif: presque tous les jours²⁾
Nach Geschlecht					Selon le sexe
Männer	24,5	4,3	40	227	Hommes
Frauen	(19,8)	5,9	(7)	356	Femmes
Total	(24,1)	5,1	(47)	583	Total
Nur Männer					Hommes uniquement
Nach Alter					Selon l'âge
18-24 Jahre	(28,6)	7,7	(15)	52	18-24 ans
25-39 Jahre	(24,3)	4,6	(19)	104	25-39 ans
40-60 Jahre	(20,4)	2,9	(6)	71	40-60 ans
Nach Bildungsniveau					Selon le niveau de formation
achevé					
Obligator. Schulabschluss	(26,5)	8,1	(18)	56	Scolarité obligatoire
Sekundär- /Tertiärabschluss	(23,3)	3,7	(22)	171	Degré secondaire / tertiaire
Nach Nationalität					Selon la nationalité
Schweizer	22,5	3,8	30	161	Suisses
Ausländer	(33,3)	6,5	(10)	66	Etrangers
Total Männer	24,5	4,3	40	227	Total Hommes

¹⁾ «Psychisches Befinden» in den letzten 7 Tagen (Indikator, beruhend auf den Fragen über Niedergeschlagenheit, Ausgeglichenheit, Nervosität, Optimismus)
N-Gefängnisse: Total=115/190, Männer=96/161; N-Haushalte: Total=3466/10'929, Männer=1477/5026.

«Etat de santé psychique» au cours des 7 derniers jours (gradient sur la base de questions portant sur la dépression, la sérénité, la nervosité, l'optimisme)
N-Prisons: total=115/190, hommes=96/161; N-Ménages: total=3466/10'929, hommes=1477/5026.

²⁾ In den 7 letzten Tagen. N-Gefängnisse: Total=47/197, Männer=40/168; N-Haushalte: Total=583/11'004, Männer=227/5060.
Dans les 7 derniers jours. N-Prisons: total=47/197, hommes=40/168; N-Ménages: total=583/11'004, hommes=227/5060.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/1993

trauen nimmt ab, und alles deutet insgesamt auf einen geringfügigen Trend zur Besserung des psychischen Befindens der Insassen hin. Verantwortlich für diese Verbesserung dürfte die soziale Komponente der psychischen Gesundheit sein, denn die Symptome im Zusammenhang mit der Beklemmung und den somatischen Funktionen deuten auf einen klaren Trend zur Verschlechterung hin» (S.124). Das Suizidrisiko und/oder die Selbstverstümmelungsgefahr im Gefängnis sind beträchtlich. Die wichtigsten Suizidrisiken sind bekanntlich Krisen, Depressionen und Alkohol. Laut einer Studie, die auf den Todesursachen in der Gesamtbevölkerung beruht, betrafen 63% der zwischen 1951 und 1965 gestellten Nebendiagnosen für Suizide psychische Störungen und 18% Alkoholprobleme, während der Rest schwieriger zuzuordnen war⁵⁰⁾.

Dieser Tendenz scheint zuzunehmen, und es wird geschätzt, dass sich 9 von 10 Suizidfällen in einem Zustand befanden, der durch eine psychiatrische Diagnose erkannt worden wäre. Mit den Depressionen treten immer häufiger auch Drogenabhängigkeit oder Persönlichkeitsstörungen in Erscheinung⁵¹⁾.

Neuere Untersuchungen in englischen Gefängnissen illustrieren den Anstieg der Anzahl Insassen, die einer psychiatrischen Behandlung bedürfen, vor allem unter den Jungen: *«recent studies suggested that 39% of sentenced prisoners and 66% of remand prisoners could be diagnosed as suffering from some form of mental disorder»*⁵²⁾.

Wir schliessen aus alledem, dass die Entwicklung von Subkulturen, Allianzen, informellen Austauschen usw. bei gewissen Personen eine Stärkung, bei anderen hingegen eine Verschlechterung des Befindens bewirken kann. In erster Linie sind es jedoch die Faktoren Geschlecht, Alter, Nationalität, soziale Beziehungen und die Art des Hafttyps, die den Gesundheitszustand eines Gefangenen beeinflussen.

Wie sich zeigte, stellen die ersten Monate im Gefängnis das grösste Gesundheitsrisiko dar. Laut Zimmermann et al. konzentrieren sich die Risiken insbesondere auf die erste Phase (die ersten 60 Tage) der Untersuchungshaft: in dieser «Akklimationszeit» kommt es häufig zu Depressionen, Suizidversuchen und Suiziden. Am stärksten gefährdet sind dabei die schwerabhängigen Drogenkonsumenten. Die Risiken, die mit dieser ersten Phase verbunden sind, werden in unserer Befragung somit unterschätzt. Ausserdem - und dies gilt insbesondere für die letztgenannte Insassenkategorie - kann bei der Entlassung oder im Hafturlaub eine Verschlechterung eintreten.

santé mentale des détenus. C'est vraisemblablement la composante sociale de la santé mentale qui est sous-jacente à cette amélioration, car les symptômes liés à l'anxiété et les fonctions somatiques accusent une tendance assez claire à la détérioration» (p.124). Dès lors, les risques de suicides et/ou d'automutilations sont importants en milieu carcéral. Rappelons que les plus importants facteurs de risque pour le suicide sont les crises, les dépressions et l'alcool. En effet, selon une étude réalisée sur la base des causes de décès auprès de la population générale, il ressort qu'entre 1951 et 1965, 63% des diagnostics accessoires pour le suicide avaient trait aux affections psychiques et 18% à des problèmes d'alcoolisme, le solde étant plus difficilement catégorisable⁵⁰⁾.

Cette tendance semble en augmentation et l'on estime que 9 cas de suicides sur 10 étaient dans un état dans lequel un diagnostic psychiatrique avait été révélé. Avec la dépression, l'on trouve de plus en plus souvent la dépendance vis-à-vis de drogues ou des troubles liés à la personnalité⁵¹⁾.

Dans les prisons anglaises, des recherches récentes démontrent clairement l'augmentation du nombre de détenus nécessitant un traitement psychiatrique, en particulier auprès des jeunes: *«recent studies suggested that 39% of sentenced prisoners and 66% of remand prisoners could be diagnosed as suffering from some form of mental disorder»*⁵²⁾.

Pour conclure, nous pensons que le développement de subcultures, de jeux d'alliances, d'échanges informels etc. peuvent soutenir les uns ou, tout au contraire, aggraver la santé des autres. Mais c'est le sexe, l'âge, la nationalité, les relations sociales et le type de détention auquel est astreint le prisonnier qui détermineront encore davantage son état de santé.

D'autre part, comme nous l'avons vu précédemment, les premiers mois d'incarcération présentent les risques les plus grands pour la santé. Comme le soulèvent Zimmermann et al., c'est surtout pendant la première phase de détention préventive (les 60 premiers jours) que les risques sont les plus grands: pendant cette période «d'acclimatation», les dépressions, les tentatives de suicides et les suicides sont fréquents. Et la population la plus exposée se trouve parmi les consommateurs chroniques de drogues. Notre enquête sous-estime ainsi les risques encourus pendant cette première phase. De plus, et ceci concerne particulièrement cette catégorie de détenus, une dégradation peut survenir lors de la remise en liberté ou pendant les congés. Ici les services de

⁵⁰⁾ *Les suicides et la tentative de suicide d'après les statistiques officielles suisses*, Bern: BFS, 1971.

⁵¹⁾ Zitat aus der «Bund», 1.2.1997.

⁵²⁾ London: HM Prison service, 1996.

⁵⁰⁾ *Les suicides et la tentative de suicide d'après les statistiques officielles suisses*, Bern: OFS, 1971.

⁵¹⁾ Citation tirée du «Bund», 1.2.1997.

⁵²⁾ London: HM Prison service, 1996.

Hier ist es Aufgabe der Schutzaufsicht und der sozial-medizinischen Dienste, den (provisorisch oder ganz) Entlassenen in der Freiheit zu begleiten.

Es stellt sich ebenfalls heraus, dass das **Ausmass der Krankheitshäufigkeit** unter den Gefangenen zuverlässig beurteilt werden kann. Dieses ist unter anderem auf die Tatsache zurückzuführen, dass im Gefängnis sämtliche Risikopopulationen übervertreten sind (junge Männer, Drogenabhängige, Ausländer).

5 Präventivfaktoren und Risikofaktoren

Im folgenden befassen wir uns mit verschiedenen Verhaltensweisen, die sich positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirken können.

Zunächst stellen wir einige **Präventivfaktoren** vor, etwa die körperliche Betätigung (in den letzten 7 Tagen), das Ernährungsbewusstsein und die Ernährungsgrundsätze.

Anschließend beschäftigen wir uns etwas eingehender mit den **Risikofaktoren** wie dem Konsum von Tabak, Alkohol, Medikamenten (legale Drogen) sowie der Einnahme von «illegalen Drogen» (Verstoss gegen das BetmG). Zu letzteren wurden nur die 18-39jährigen Personen befragt.

5.1 Präventivfaktoren

5.1.1 Schweisstreibende körperliche Betätigung

Eine grosse Mehrheit der Insassen verfügt über die Möglichkeit, sich körperlich fit zu halten. 47% von ihnen geben an, mindestens dreimal pro Woche eine körperliche Betätigung auszuüben, bei der sie ins Schwitzen kommen (27% der Bevölkerung; vgl. Tabelle 8). 3 von 9 Frauen machen nach eigenen Angaben gar nichts für ihre Fitness. Allerdings sind die Frauen auch in der Gesamtbevölkerung weniger aktiv (1/3 macht gar nichts).

Was die angebotenen Möglichkeiten betrifft, so geben 38% der Insassen an, Sport zu betreiben, 25% turnen, und 37% tun nach eigener Aussage gar nichts. Kein signifikanter Unterschied nach Alter, Bildungsstand und Nationalität ist festzustellen. Bei der Bevölkerung ist jedoch das Alter entscheidend. 46% der 18-24jährigen gehen mindestens dreimal pro Woche einer intensiven körperlichen Betätigung nach, während dieser Anteil in der Altersgruppe der 40-60jährigen nur noch 26% beträgt.

patronage et les services médico-sociaux ont pour mission de suivre le détenu remis (provisoirement ou non) en liberté.

Aussi, nous avons vu qu'il est possible d'évaluer de manière fiable **l'importance de la morbidité** auprès des détenus, celle-ci s'expliquant entre autres par le fait que tous les types de population à risque s'y trouvent sur représentés (hommes jeunes, toxicomanes, étrangers).

5 Facteurs préventifs et facteurs de risques

Dans les pages suivantes, nous distinguerons différents types de comportements pouvant avoir une influence positive ou négative sur l'état de santé.

Tout d'abord, nous présenterons quelques **facteurs préventifs** tels la pratique d'activités physiques (dans les 7 derniers jours), l'attention portée à l'alimentation et les principes de nutrition.

Dans un deuxième temps, nous nous arrêterons plus longuement sur les **facteurs de risques** tels que la consommation de tabac, d'alcool, de médicaments (drogues licites) ainsi que l'absorption de «drogues illicites» (contrevenant à la LStup). Pour ces dernières, seules les personnes âgées de 18 à 39 ans ont été interrogées.

5.1 Facteurs préventifs

5.1.1 Activités physiques provoquant de la sueur

La grande majorité des détenus ont des possibilités pour se maintenir en forme. En effet, 47% déclarent exercer une activité provoquant de la sueur au moins 3 fois par semaine (27% auprès de la population; voir tableau 8). 3 femmes sur 9 avouent ne pratiquer aucune activité. Il faut noter que les femmes sont également moins actives hors institution (1/3 ne pratiquent aucune activité).

Concernant les possibilités offertes, 38% des détenus déclarent faire du sport, 25% de la gymnastique et 37% avouent ne rien faire. Aucune différence significative n'est observée selon l'âge, le niveau de formation et la nationalité. Auprès de la population, l'âge est déterminant: 46% des jeunes de 18 à 24 ans exercent des activités intenses au moins trois fois par semaine, alors qu'ils ne sont plus que 26% pour la tranche d'âge 40-60 ans.

**Körperliche Betätigung und Ernährungsbewusstsein unter den Insassen,
Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre)**

**Activités physiques et attention portée à l'alimentation auprès des détenus,
comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans)**

a*	Prozent / Pour-cent		N		Types de comportements positifs
	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	
	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	
Positive Verhaltensweisen					
1. Körperliche Betätigung: mindestens dreimal pro Woche¹⁾					1. Activités physiques: au moins 3 fois par semaine¹⁾
Nach Geschlecht					Selon le sexe
Männer	46,6	31,2	62	1532	Hommes
Frauen	(52,7)	22,2	(5)	1287	Femmes
Total	46,9	26,6	67	2819	Total
Nur Männer					Hommes uniquement
Nach Alter					Selon l'âge
18-24 Jahre	(44,6)	46	(23)	278	18-24 ans
25-39 Jahre	48,3	31,5	31	719	25-39 ans
40-60 Jahre	(44,1)	25,8	(8)	535	40-60 ans
Nach Bildungsniveau					Selon le niveau de formation
Obligator. Schulabschluss	(44,7)	34,9	(25)	208	Scolarité obligatoire
Sekundär-/Tertiärabschluss	47,7	30,6	37	1324	Degré secondaire / tertiaire
Nach Nationalität					Selon la nationalité
Schweizer	48,1	31,9	49	1284	Suisses
Ausländer	(42,3)	28,7	(13)	248	Etrangers
Total Männer	46,6	31,2	62	1532	Total Hommes
2. Ernährungsbewusstsein: ja, ich achte auf etwas²⁾					2. Attention portée à l'alimentation: oui, je fais attention à quelque-chose²⁾
Nach Geschlecht					Selon le sexe
Männer	62,7	57,8	102	2940	Hommes
Frauen	(53,5)	77,1	(15)	4581	Femmes
Total	61,9	67,8	117	7521	Total
Nur Männer					Hommes uniquement
Nach Alter					Selon l'âge
18-24 Jahre	(46,7)	50,7	(26)	321	18-24 ans
25-39 Jahre	69	57,2	57	1314	25-39 ans
40-60 Jahre	(66,0)	60,9	(19)	1303	40-60 ans
Nach Bildungsniveau					Selon le niveau de formation
Obligator. Schulabschluss	61	46,7	42	298	Scolarité obligatoire
Sekundär-/Tertiärabschluss	63,9	59,8	60	2642	Degré secondaire / tertiaire
Nach Nationalität					Selon la nationalité
Schweizer	62,5	58,7	81	2449	Suisses
Ausländer	(63,4)	54,4	(21)	491	Etrangers
Total Männer	62,7	57,8	102	2940	Total Hommes

¹⁾ Einteilung aufgrund des Vorhandenseins schweisstreibender Aktivitäten und deren Häufigkeit.
Quelle: Marti 1978, Weiss 1991, Cooper 1982. N-Gefängnisse: Total=67/125, Männer=62/116; N-Haushalte: Total=2819/11'034, Männer=1532/5068.

Echelle sur la base de la présence ou non d'activités provoquant de la sueur et de la fréquence de celles-ci.
Source: Marti 1978, Weiss 1991, Cooper 1982. N-Prisons: total=67/125, hommes=62/116; N-Ménages: total=2819/11'034, hommes=1532/5068.

²⁾ N-Gefängnisse: Total=117/195, Männer=102/167; N-Haushalte: Total=7521/11'048, Männer=2940/5078.
N-Prisons: total=117/195, hommes=102/167; N-Ménages: total=7521/11'048, hommes=2940/5078.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/1993



5.1.2 Ernährungsbewusstsein

Dass das Ernährungsbewusstsein zu den gesundheitsfördernden Faktoren gehört, ist seit Ende der 70er Jahre erwiesen. Im Gefängnis achtet die Mehrheit der Befragten (62%) nach eigenen Angaben auf bestimmte Sachen bei der Ernährung (Privathaushalte: 68%). Die unter 25jährigen tendieren in beiden Bevölkerungsgruppen eher dazu, ihre Ernährung zu vernachlässigen (47% achten darauf, gegenüber 51% in den Privathaushalten). Nach Geschlecht betrachtet besteht ein grosser Unterschied zwischen dem Verhalten der Frauen innerhalb und ausserhalb des Gefängnisses. Während 77% der Frauen in der Gesamtbevölkerung auf ihre Ernährung achten, sind es in den Gefängnissen nur 54%. Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede festzustellen (63% in den Gefängnissen ($VI \pm 7,9$) gegenüber 58% draussen ($VI \pm 1,5$)). Die Bildung spielt in beiden Fällen eine präventive Rolle.

Nach einzelnen **Ernährungsgrundsätzen** betrachtet, ist *«nicht zu viel Fett essen»* das meistgenannte Anliegen der befragten Personen in beiden Bevölkerungsgruppen (29% und 23% für die Gefängnisse), gefolgt von *«genügend Früchte und Gemüse essen»* (22% und 16%) und *«nicht zu viele Kalorien aufnehmen»* (6% und 11%). Geschlecht, Alter und Bildungsniveau bestimmen weitgehend die Prioritäten im Bereich der Ernährungsgrundsätze. Frauen und Personen mit einer besseren Bildung achten häufiger darauf, genügend Früchte und Gemüse zu essen, während weniger gebildete oder jüngere Personen eher bestrebt sind, nicht zu viel Fett zu sich zu nehmen.

Im Hinblick auf die Ernährung und das kulinarische Wohlbefinden der Gefängnisinsassen gaben interessanterweise lediglich 3 von 117 Befragten an, *«nicht selber bestimmen zu können, was sie essen möchten»*.

Was die **Häufigkeit des Konsums** betrifft, so essen 48% der Insassen jeden Tag Früchte, 69% Gemüse und Salate, 49% Fleisch oder Wurstwaren.

5.2 Risikofaktoren

5.2.1 Konsum von legalen Drogen

Im Hinblick auf den Konsum von suchtbildenden Substanzen im Gefängnis wurden bestimmte Variablen bzw. Indikatoren zum Thema Drogen im weiteren Sinn ausgewählt, die aufgrund unserer Befragung verfügbar waren. Im Bereich der legalen Drogen betrifft dies zunächst den **Tabakkonsum**. Erfasst wurde der Status, die Anzahl Zigaretten, die pro Tag geraucht werden, das Alter, in dem mit Rauchen begonnen wurde, sowie die Versuche, damit aufzuhören.

5.1.2 Attention portée à l'alimentation

L'attention portée à l'alimentation constitue un facteur de promotion de la santé démontré surtout depuis la fin des années 1970. En prison, la majorité des personnes interrogées (62%) déclarent faire attention à quelque-chose dans leur alimentation (68% auprès des ménages). Les jeunes de moins de 25 ans négligent davantage leur alimentation parmi les deux types de population (47% font attention contre 51% pour les ménages). Au niveau du sexe, il existe une différence importante selon qu'on se trouve à l'intérieur ou à l'extérieur du pénitencier. En effet, si 77% des femmes y prêtent attention auprès de la population, cela ne concerne que 54% des détenues. Pour les hommes, les différences observées ne sont pas significatives (63% en institution ($IC \pm 7,9$) contre 58% en dehors ($IC \pm 1,5$)). La formation, quant à elle, joue un rôle préventif dans les deux cas de figure.

Considérant les **principes de nutrition**, le fait de *«ne pas exagérer sur la graisse»* arrive en tête des préoccupations des personnes interviewées pour les 2 types de population (29% et 23% pour les prisons). Suivent le fait de *«manger suffisamment de fruits et de légumes»* (22 et 16%) et *«de limiter les calories»* (6 et 11%). Le sexe, l'âge et le niveau de formation déterminent largement les priorités en matière de principe nutritionnel. Ainsi, les femmes et les personnes jouissant d'une meilleure formation citent-elles davantage le fait de manger suffisamment de fruits et de légumes. Les personnes moins bien formées ou les jeunes signalent davantage la limitation de graisses.

Au niveau diététique et du rôle de la cuisine dans le confort alimentaire du détenu, il est intéressant de noter que seuls 3 détenus sur 117 ont répondu *«ne pas avoir de possibilité de choisir leur alimentation»*.

Concernant la **fréquence de consommation**, 48% des personnes incarcérées mangent des fruits quotidiennement, 69% des légumes et des salades, 49% de la viande ou des saucisses.

5.2 Facteurs de risques

5.2.1 La consommation de drogues licites

Concernant la consommation de substances pouvant induire une dépendance en milieu carcéral, nous avons décidé de retenir certaines variables ou indicateurs relatifs au thème de la drogue prise au sens large et disponibles sur la base de notre enquête. Ainsi, au niveau des drogues légales, il s'agit tout d'abord de la **consommation de tabac**. Nous chercherons ainsi à définir le statut, le nombre de cigarettes fumées par jour, l'âge initial de la consommation et les tentatives

All diese Parameter sind notwendig, um das Problem des Rauchens in den Gefängnissen quantifizieren zu können.

Im weiteren untersuchen wir den Konsum von Medikamenten, insbesondere von Medikamenten mit psychoaktiver Wirkung (Schlaf- und Beruhigungsmittel), sowie den Konsum von Alkohol in der 18-60jährigen Bevölkerung.

5.2.1.1 Tabakkonsum

Der Tabakkonsum ist unter den Gefängnisinsassen weit verbreitet: 84% von ihnen rauchen (im Vergleich zu einem Drittel der gleichaltrigen Bevölkerung). Besonders hoch ist der Prozentsatz der starken Raucher (über 20 Zigaretten pro Tag): Dazu gehören 62% der Insassen, gegenüber 10% der gleichaltrigen Wohnbevölkerung «draussen»⁵³⁾.

Betrachtet man das **Alter, in dem mit dem Rauchen begonnen** wurde, zeigt es sich, dass 37% der Gefängnisinsassen (76% der Frauen) damit begannen, bevor sie 16 waren, im Vergleich zu 14% der Allgemeinbevölkerung (12% der Frauen), und 65% bevor sie 18 waren, gegenüber 38% der Bevölkerung «draussen».

Das Gefängnis scheint kein günstiger Ort für die Raucherprävention zu sein: die «quit rate»⁵⁴⁾ liegt bei 5%, während sie in der Gesamtbevölkerung 36%

d'arrêts. Il s'agit d'autant de paramètres à considérer si nous voulons être à même de quantifier le problème du tabagisme en milieu carcéral.

Dans un deuxième temps, nous analyserons la consommation de médicaments, et surtout les médicaments à propriétés psychoactives (somnifères et calmants), ainsi que la consommation d'alcool pour la population âgée de 18 à 60 ans.

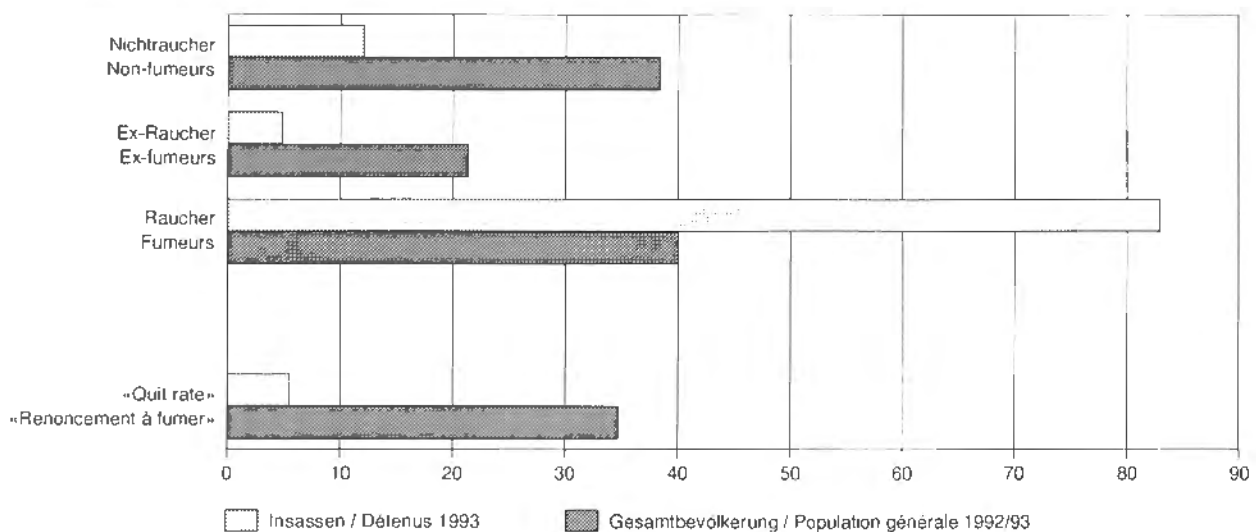
5.2.1.1 La consommation de tabac

La consommation de tabac est très répandue parmi les détenus: 84% d'entre eux fument (contre un tiers du reste de la population du même âge). Le pourcentage de grands fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour) est particulièrement élevé: il atteint 62% chez les détenus, contre 10% pour la population du même âge résidant hors institution⁵³⁾.

En considérant l'**âge initial** de la consommation, nous remarquons que 37% des personnes incarcérées (76% des femmes) ont commencé à fumer avant l'âge de 16 ans contre 14% auprès de la population générale (12% pour les femmes), 65% avant l'âge de 18 ans contre 38% pour les personnes résidant hors institution.

Dans le domaine du tabagisme, la prévention en prison ne semble pas de mise puisque le «quit rate»⁵⁴⁾ est égal à 5% alors qu'il dépasse les 36% auprès de la

G2 Tabakkonsum und «Quit rate» des Rauchens (Männer 18-60 Jahre)
Consommation de tabac et «renoncement à fumer» (hommes 18-60 ans)



© BFS / Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93

© OFS / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/93

⁵³⁾ Betreffend die Anzahl Zigaretten, die pro Tag und Person geraucht werden, vgl. Tabelle 2 im Anhang.

⁵⁴⁾ Anteil «Ex-Raucher» im Verhältnis zu den «Rauchern» und «Ex-Rauchern».

⁵³⁾ Concernant le nombre de cigarettes consommées par jour et par personne, cf. Tableau 2 en annexe.

⁵⁴⁾ Proportion des «ex-fumeurs» par rapport aux «fumeurs» et «ex-fumeurs».

**Tabak-, Medikamenten- und Alkoholkonsum der Insassen,
Vergleich mit den entsprechenden Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre) (in Prozent)**

**Consommation de tabac, de médicaments et d'alcool des détenus,
comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans) (en pour-cent)**

9* Negative Verhaltensweisen: legale Drogen	Total		Männer / Hommes		Frauen / Femmes		Comportements négatifs: drogues licites
	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	
	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	
1. Tabakkonsum							1. Consommation de tabac
Nichtraucher (nie geraucht)	(11,1)	45,8	(12,1)	38,5	-	52,9	Non-fumeurs (jamais fumé)
Ex-Raucher	(4,5)	19,7	(4,9)	21,4	-	18,0	Ex-fumeurs
Raucher	84,4	34,5	83,0	40,1	(100,0)	29,1	Fumeurs
2. «Quit rate»	5,1	36,3	5,6	34,8	-	38,2	2. Renoncement à fumer
3. Alter, in dem mit Rauchen begonnen wurde							3. Age initial de la consommation de tabac
13 Jahre oder weniger	(13,0)	2,8	(9,3)	3,3	(48,5)	2,0	13 ans ou moins
14-15 Jahre	24,0	11,1	24,1	11,8	(23,4)	10,1	14-15 ans
16-17 Jahre	29,0	23,6	30,6	24,0	(13,9)	10,1	16-17 ans
18-19 Jahre	(13,8)	22,9	(14,1)	22,1	(10,7)	24,0	18-19 ans
20 Jahre +	19,9	39,4	21,7	38,5	(3,2)	40,5	20 ans +
4. Versuch, das Rauchen aufzugeben							4. Tentative d'arrêter de fumer
Kein Versuch	85,5	73,8	85,6	74,9	(85,5)	71,9	Pas de tentative
5. Medikamentenkonsum¹⁾							5. Consommation de médicaments¹⁾
Ja (18-24 Jahre)	50,9	26,5	(45,9)	23,6	(94,6)	29,7	Oui (18-24 ans)
Ja (25-39 Jahre)	49,9	25,0	(45,7)	20,3	(90,7)	29,4	Oui (25-39 ans)
Ja (40-60 Jahre)	(63,7)	38,2	(62,1)	32,9	...	43,2	Oui (40-60 ans)
Ja, Total	53,2	31,1	49,2	26,3	(92,8)	35,6	Oui, total
6. Konsum von Schlafmitteln¹⁾							6. Consommation de somnifères¹⁾
Täglich (18-24 Jahre)	(41,5)	(0,9)	(26,8)	(1,3)	(100,0)	(0,5)	Quotidiennement (18-24 ans)
Täglich (25-39 Jahre)	(29,2)	(1,2)	(30,7)	(0,6)	(22,3)	(1,6)	Quotidiennement (25-39 ans)
Täglich (40-60 Jahre)	(30,2)	5,6	(25,3)	3,6	...	7,1	Quotidiennement (40-60 ans)
Täglich Total	32,3	3,6	(28,4)	2,3	(54,9)	4,5	Quotidiennement Total
7. Konsum von Beruhigungsmitteln¹⁾							7. Consommation de calmants¹⁾
Täglich (18-24 Jahre)	(27,7)	(3,9)	...	(4,5)	...	(3,4)	Quotidiennement (18-24 ans)
Täglich (25-39 Jahre)	(20,8)	5,2	...	(5,5)	...	5,0	Quotidiennement (25-39 ans)
Täglich (40-60 Jahre)	(6,2)	7,3	...	5,2	...	8,7	Quotidiennement (40-60 ans)
Täglich Total	(18,8)	6,2	(19,6)	5,2	(14,7)	6,9	Quotidiennement Total

1. Tabakkonsum. N-Gefängnisse: Total=201/201; N-Haushalte: Total=11'446/11'446.
Consommation de tabac. N-Prisons: total=201/201; N-Ménages: total=11'446/11'446.

2. «Quit rate»: Anteil Ex-Raucher / Ex-Rauchern + Rauchern. / Renoncement à fumeur: Taux des ex-fumeurs / ex-fumeurs + fumeurs.

3. Anfangsalter. N-Gefängnisse: Total=132/182, Männer=128/153, Frauen= 4/29; N-Haushalte: Total=6149/11'446, Männer=3171/6149, Frauen=2978/6149.
Age initial. N-Prisons: total=132/182, hommes=128/153, femmes= 4/29; N-Ménages: total=6149/11'446, hommes=3171/6149, femmes=2978/6149.

4. Versuch, das Rauchen aufzugeben. N-Gefängnisse: Total=25/168, Männer=22/140, Frauen= 3/28; N-Haushalte: Total=1067/4000, Männer=533/2123, Frauen=534/1877.
Tentative d'arrêter de fumer. N-Prisons: total=25/168, hommes=22/140, femmes= 3/28; N-Ménages: total=1067/4000, hommes=533/2123, femmes=534/1877.

5. Medikamente. N-Gefängnisse: Total=104/198, Männer=79/169, Frauen= 25/29; N-Haushalte: Total=3649/11'441, Männer=1438/5341, Frauen=2211/6100.
Médicaments. N-Prisons: total=104/198, hommes=79/169, femmes= 25/29; N-Ménages: total=3649/11'441, hommes=1438/5341, femmes=2211/6100.

6. Schlafmittel. N-Gefängnisse: Total=43/103, Männer=25/78, Frauen=18/25; N-Haushalte: Total=160/3648, Männer=43/1437, Frauen=117/2211.
Somnifères. N-Prisons: total=43/103, hommes=25/78, femmes=18/25; N-Ménages: total=160/3648, hommes=43/1437, femmes=117/2211.

7. Beruhigungsmittel. N-Gefängnisse: Total=23/103, Männer=16/78, Frauen=7/25; N-Haushalte: Total=250/3648, Männer=87/1437, Frauen=163/2211.
Calmants. N-Prisons: total=23/103, hommes=16/78, femmes=7/25; N-Ménages: total=250/3648, hommes=87/1437, femmes=163/2211.

¹⁾ In den letzten 7 Tagen / Dans les 7 derniers jours.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/1993

**Tabak-, Medikamenten- und Alkoholkonsum der Insassen,
Vergleich mit den entsprechenden Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre) (in Prozent)**

**Consommation de tabac, de médicaments et d'alcool des détenus,
comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans) (en pour-cent)**

9* (Fortsetzung / suite) Negative Verhaltensweisen: legale Drogen	Total		Männer / Hommes		Frauen / Femmes		Comportements négatifs: drogues licites
	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	
	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	
8. Alkoholkonsum							8. Consommation d'alcool
Ja	(10,5)	-	(10,4)	-	(12,0)	-	Oui
Nein, trinke nicht	35,5	-	32,9	-	(63,8)	-	Non, abstinents
Keine Gelegenheit, nicht erlaubt	54,0	-	56,7	-	(24,3)	-	Pas l'occasion, pas autorisés
9. Üblicher Alkoholkonsum							9. Consommation d'alcool habituelle
Mindestens einmal pro Tag	28,5	18,5	30,8	28,0	(5,2)	10,4	Au moins 1 fois par jour
Mindestens einmal pro Woche	21,3	41,0	21,3	47,9	(20,9)	37,0	Au moins 1 fois par semaine
Weniger als einmal pro Woche	(14,0)	25,7	(14,3)	16,1	(10,3)	34,2	Moins d'une fois par semaine
Nie, trinke nicht	36,2	14,8	33,6	7,9	(63,8)	18,4	Jamais, abstinents
<p>8. Frage nach der Autonomie des Alkoholkonsums; N-Gefängnisse: Total=201/201. Question d'autonomie dans la consommation d'alcool; N-Prisons: total=201/201.</p> <p>9. Antwort auf die Frage: «Wieviel Alkohol trinken Sie im allgemeinen (Bier, Wein, Likör, Aperitif, gebranntes Wasser (Schnäpse)?». N-Gefängnisse: Total=196/196, Männer=167/167, Frauen=29/29; N-Haushalte: Total=11'444/11'446, Männer=5343/5343, Frauen=6101/6101. Réponse à la question: «Quelle est votre consommation habituelle d'alcool (bière, vin, liqueurs, apéritifs, eaux-de-vie)?». N-Prisons: total=196/196, hommes=167/167, femmes=29/29; N-Ménages: total=11'444/11'446, hommes=5343/5343, femmes=6101/6101.</p>							

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/1993

übersteigt (vgl. Graphik 2). Allerdings bemüht sich ein Viertel der männlichen Raucher «draussen» ernsthaft, mit dem Rauchen aufzuhören, während dies im Gefängnis nur gerade auf jeden zehnten zutrifft.

5.2.1.2 Medikamentenkonsum

Unter den Gefangenen werden auch mehr **Medikamente** konsumiert. Die Hälfte der Insassen greift regelmässig zu Medikamenten, verglichen mit einem Drittel der Gesamtbevölkerung. Sowohl in den Gefängnissen als auch in den Privathaushalten nimmt der Konsum mit dem Alter zu.

Zwei Arten von Medikamenten sind in den Gefängnissen besonders gefragt: Schlafmittel und Beruhigungsmittel. Jeder dritte Gefangene nimmt mindestens einmal pro Woche **Schlafmittel** (und jeder fünfte Beruhigungsmittel), während dieser Prozentsatz in der Bevölkerung deutlich niedriger ist (4% und 6%). Mit zunehmendem Alter geht der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in den Gefängnissen zurück, während in der Gesamtbevölkerung genau das Gegenteil passiert: hier wird mit dem Alter vermehrt nach beiden Arten von Medikamenten gegriffen. Ein Vergleich zwischen den Kulturkreisen zeigt, dass der Tabak- und Medikamentenkonsum - im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung - bei den Häftlingen der lateinischen Schweiz nicht höher ist als in der Deutschschweiz.

population générale (voir graphique 2). D'autre part, si les tentatives d'arrêter de fumer touchent un quart des fumeurs de sexe masculin vivant hors institution, elles n'atteignent guère plus qu'un détenu sur dix.

5.2.1.2 La consommation de médicaments

Les médicaments sont également davantage consommés parmi les détenus. En effet, la moitié de la population incarcérée en fait usage régulièrement alors que cela ne touche qu'un tiers de la population générale. Cette consommation augmente avec l'âge tant dans les prisons que pour les ménages privés.

Deux types de médicaments sont particulièrement prisés auprès des prisonniers: les somnifères et les calmants. Un détenu sur trois utilise des **somnifères** au minimum une fois par semaine (un sur cinq des calmants) alors que ce taux est nettement plus faible pour la population (4% et 6%). Avec l'âge, cette consommation diminue pour les somnifères et les calmants dans les prisons. Auprès des ménages, la consommation augmente avec l'âge pour les deux types de médicaments. En tenant compte de la culture, contrairement à ce que l'on remarque pour la population générale, la consommation de tabac et de médicaments des détenus n'est pas supérieure en Suisse latine par rapport à la Suisse alémanique.

Ein Blick auf die verschiedenen Hafttypen zeigt, dass in den Untersuchungsgefängnissen mehr Medikamente (alle Arten) und mehr Tabak konsumiert wird. 60% der dortigen Gefangenen geben an, in den letzten sieben Tagen Medikamente genommen zu haben (50% im Strafvollzug). Bei den Schlafmitteln ist der Unterschied besonders ausgeprägt: 42% zustimmende Antworten in der Untersuchungshaft, gegenüber 28% im Vollzug⁵⁵⁾. Was den Tabakkonsum angeht, so finden sich 91% Raucher in der Untersuchungshaft und 82% im Vollzug.

Für Champ-Dollon⁵⁶⁾ wurden 1983 folgende Resultate ermittelt: 77% der Insassen konsumierten Medikamente und 70% erhielten regelmässig Psychopharmaka. Dazu ist zu sagen, dass der massive Zugriff auf Ärzte und Medikamente auf den grossen Prozentsatz Drogensüchtiger in den Schweizer Gefängnissen zurückzuführen ist. Andererseits entwickeln sich offenbar auch viele nicht-drogenabhängige Insassen mangels anderer Betätigungsmöglichkeiten zu «medizinischen Fällen»⁵⁷⁾. Die folgende Aussage eines Gefangenewärters von Champ-Dollon mag dafür als Illustration dienen: «Die Sanitäter verteilen zu viele Medikamente. Die Leute sind mehr mit Drogen vollgestopft als bei ihrem Eintritt. (...) Vorher warf man den Wärtern vor, sie verteilen zu viel Medikamente. Der Sanitätsdienst gibt dreimal mehr»⁵⁸⁾.

5.2.1.3 Alkoholkonsum

Die Schweiz gilt als Land mit starkem Alkoholkonsum. Die Zahl der starken Trinker in unserem Land wird auf 200'000 geschätzt (150'000 Männer und 50'000 Frauen)⁵⁹⁾. Einleitend muss dabei betont werden, dass Alkohol in den Gefängnissen verboten ist. Nur ein paar wenige Anstalten offerieren ihren Insassen von Zeit zu Zeit ein Glas Wein zum Essen. Es ist daher völlig normal, wenn aufgrund unserer Ergebnisse ein relativ geringer Alkoholkonsum ermittelt wird. Lediglich 10% der Insassen trinken nach eigenen Angaben Alkohol, mehr als ein Drittel ist abstinent und über die Hälfte hat entweder keine Gelegenheit oder keine Erlaubnis dazu. Bei der Frage nach dem üblichen Alkoholkonsum in den vergangenen 12 Monaten, fällt zunächst ein signifikanter Unterschied zwischen dem Konsum von Männern und Frauen auf, indem letztere sehr viel häufiger abstinent sind oder einen sehr mässigen Konsum aufweisen (sowohl in den Privathaushalten als auch bei den Gefangenen). Betrachtet man die Männer

Par contre, selon le type d'incarcération, nous remarquons que la consommation de médicaments (quelque soit le type) ainsi que la consommation de tabac sont supérieures dans les prisons préventives. En effet, 60% des détenus déclarent y avoir consommé des médicaments au cours des 7 derniers jours (50% en exécution de peines). La différence est particulièrement marquée pour les somnifères: 42% de réponses positives en préventive contre 28% en exécution⁵⁵⁾. Pour le tabac, nous trouvons 91% de fumeurs en détention préventive et 82% en exécution.

La situation de Champ-Dollon⁵⁶⁾ en 1983 aboutissait aux résultats suivants: 77% des détenus y consommaient des médicaments et 70% y recevaient régulièrement des psychotropes. Il faut dire que le recours massif aux médecins et aux médicaments s'explique par la forte proportion de toxicomanes dans les prisons helvétiques. D'autre part, il semble aussi qu'à défaut d'autres possibilités d'action, de nombreux détenus non-toxicomanes se «médicalisent»⁵⁷⁾. Pour illustrer notre propos, voici le témoignage d'un gardien de la prison de Champ-Dollon: «Les infirmiers distribuent trop de médicaments. Les gens sont plus drogués que quand ils rentrent. (...) Avant on a reproché aux gardiens de donner trop de médicaments. L'infirmerie en donne trois fois plus»⁵⁸⁾.

5.2.1.3 La consommation d'alcool

En matière d'alcool, la Suisse peut être considérée comme un pays à forte consommation. On estime en effet dans ce pays le nombre de gros consommateurs d'alcool à 200'000 (150'000 hommes et 50'000 femmes)⁵⁹⁾. Or, il importe tout d'abord de rappeler que l'alcool est prohibé en milieu carcéral. Seules quelques rares établissements offrent de temps à autre un verre de vin à leurs détenus pendant les repas. Ainsi, il est normal de constater sur la base de nos résultats que la consommation d'alcool y est relativement faible. Seulement 10% des détenus déclarent boire de l'alcool, plus d'un tiers sont abstinents, et plus de la moitié n'ont soit pas l'occasion, soit pas l'autorisation d'en boire. En se référant à la consommation habituelle d'alcool dans les 12 derniers mois, nous remarquons tout d'abord une différence significative entre la consommation des hommes et des femmes, ces dernières étant beaucoup plus souvent abstinentes ou très modérées dans leur consommation (autant auprès des ménages qu'auprès des détenus). En prenant les hommes séparément, l'analyse est plus difficile, des diffé-

⁵⁵⁾ N=18/39 und 25/64.

⁵⁶⁾ Untersuchungsgefängnis, Kanton Genf.

⁵⁷⁾ Zimmermann et al., 1983, S. 123.

⁵⁸⁾ Zitat aus Mantandon-Crettaz, 1981, S.92.

⁵⁹⁾ Gmel, Schmid, Alkoholkonsum und andere Drogen, in: *Alkoholkonsum in der Schweiz - Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993*, Hamburg: Kovac, 1996.

⁵⁵⁾ N=18/39 et 25/64.

⁵⁶⁾ Prison préventive, canton de Genève.

⁵⁷⁾ Zimmermann et al., 1983, p.123.

⁵⁸⁾ Citation tirée de Mantandon-Crettaz, 1981, p.92.

⁵⁹⁾ Gmel, Schmid, Alkoholkonsum und andere Drogen, in: *Alkoholkonsum in der Schweiz - Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993*, Hamburg: Kovac, 1996.

separat, wird die Analyse schwieriger; signifikante Unterschiede sind bei den starken Trinkern auszumachen (dreimal und mehr pro Tag). Auf der Grundlage der SGB muss bei 11% der Gefangenen auf eine Alkoholabhängigkeit geschlossen werden⁶⁰⁾ im Vergleich zu nur knapp 2% bei den Privathaushalten⁶¹⁾.

In Anbetracht der grossen Probleme, die durch Alkohol verursacht werden - Gewalt in der Beziehung, Verkehrsunfälle, Beanspruchung der Sozialdienste, Marginalisierung usw. - sind Fälle von Personen, die wegen alkoholbedingten Vorfällen einsitzen, keine Seltenheit. Dennoch kommt es sehr selten vor, dass bei Alkoholkonsum als direkter oder indirekter Ursache Strafen von über 3 Monaten Dauer ausgesprochen werden. Obschon es uns fern liegt, Nachforschungen in dieser Richtung anzustellen, möchten wir daran erinnern, dass heutzutage in solchen Fällen nur zahlungsunfähige oder arbeitslose Personen Gefahr laufen, «hinter Gitter» zu kommen. Erwerbstätige, die wegen Alkoholproblemen mit dem Gesetz in Konflikt kommen, können ihre Strafe in den allermeisten Fällen in Halbgefängenschaft verbüssen.

5.2.2 Konsum von illegalen Drogen

Laut BFS hat die Zahl der Einweisungen in Einrichtungen des Straf- und Massnahmenvollzugs wegen BetmG-Delikten zwischen 1982 und 1986 um 53% zugenommen. Von 1986-1990 ist kein Trend mehr auszumachen⁶²⁾. Der Anteil der Einweisungen aufgrund von Verstössen gegen das BetmG, der lange relativ stabil geblieben war (um 15%), begann 1990 wieder zu steigen. Absolut betrachtet geht die Zahl der Einweisungen in Einrichtungen des Straf- oder Massnahmenvollzugs aber seit einigen Jahren zurück, da zunehmend längere Strafen verhängt werden (op. cit).

Laut Schätzungen gibt es in der Schweiz «eine Gruppe von rund 2000-3000 Personen, bei der sich eine in der Schweiz sonst kaum mehr bekannte Verelendung zeigt, die sich in körperlichem und psychischem Verfall sowie in Arbeits- und Obdachlosigkeit äussert. Diese (...) Gruppe kann mit bestehenden Hilfsangeboten kaum mehr erreicht werden und hat zugleich das Bild des «Drogenabhängigen» in der Öffentlichkeit geprägt»⁶³⁾.

⁶⁰⁾ N=13, VI ± 6.6%.

⁶¹⁾ N=141, VI ± 0.5%.

⁶²⁾ Estermann J., Maag V., Rönz S., *Drogen und Strafrecht in der Schweiz (Verzeigungen, Strafurteile und Strafvollzug im Zeitvergleich 1974-1994)*, Bern: BFS, 1994.

⁶³⁾ Zitiert im «Bericht der Expertenkommission für die Revision des BetmG», 1996, S. 12.

rences significatives apparaissant pour les gros buveurs (3 fois et plus par jour). Ainsi, sur la base de l'ESS, 11% des détenus affichent une dépendance face à l'alcool⁶⁰⁾ contre à peine plus de 2% pour les ménages⁶¹⁾.

Sachant que l'alcool pose de gros problèmes tels que violences au sein du couple, accidents de la circulation, prise en charge par les services sociaux, marginalisation etc., les cas de personnes séjournant en prison en raison de problèmes provoqués par l'alcool ne sont pas rares. Or, malgré cette situation, très rares sont les cas de peines supérieures à 3 mois infligées directement ou indirectement à cause de cette consommation. Bien qu'il ne soit pas dans notre propos de faire des recherches dans cette direction, nous rappellerons simplement qu'à l'heure actuelle, seules les personnes non solvables ou sans travail risquent de se retrouver «entre quatre murs» dans de tels cas. En effet, les personnes actives ayant des problèmes en rapport avec l'alcool peuvent le plus souvent purger leur peine en régime de semi-détention.

5.2.2 La consommation de drogues illicites

Selon l'OFS, le nombre d'incarcérations pour infraction à la LStup dans les établissements d'exécution des peines et des mesures a augmenté de 53% entre 1982 et 1986. Entre 1986 et 1990, il n'est plus possible de dégager une tendance⁶²⁾. La proportion des incarcérations pour infraction à la LStup, qui est longtemps demeurée plus ou moins constante - autour de 15% - a recommencé d'augmenter en 1990. Mais en termes absolus, le nombre d'incarcérations dans les établissements d'exécution des peines ou de mesures recule depuis quelques années, car il se prononce de plus en plus de peines de longue durée (op. cit).

On estime en Suisse à «quelques 2000 à 3000, les personnes vivant dans le dénuement (...), et caractérisées par le délabrement physique et psychique, le chômage et la clochardisation. Ce groupe (...) ne peut pratiquement plus être atteint par les offres d'aide existantes et a contribué à la formation de l'image que se fait le public du toxicomane»⁶³⁾.

⁶⁰⁾ N=13; IC ± 6,6%.

⁶¹⁾ N=141; IC ± 0,5%.

⁶²⁾ Estermann J., Maag V., Rönz S., *Drogues et droit pénal en Suisse (Séries chronologiques des dénonciations, jugements pénaux et exécutions de peines 1974-1994)*, Berne: OFS, 1994.

⁶³⁾ Cité dans «Rapport de la commission d'expert pour la révision de la LStup», 1996, p.12.

Der durchschnittliche Insassenbestand aufgrund von BetrG-Delikten schwankte von 1985 bis 1991 zwischen 1170 und 1340, was 33-37% der Verurteilten entspricht⁶⁴⁾.

1993 machte der Anteil der wegen BetrG-Delikten verurteilten Personen laut einer Untersuchung im Rahmen des «Methadonberichts»⁶⁵⁾ 43% aller Insassen aus (VI ± 23%), während der Anteil der Konsumenten harter Drogen 26% betrug (VI ± 27%).

Mit Hilfe unserer Indikatoren und der im folgenden präsentierten Kategorien illegaler Drogen (vgl. Abbildung 4 und 5) lässt sich ein klareres Bild der 18-39jährigen drogenabhängigen Bevölkerung der Schweiz ermitteln.

Abb. 4 Definition der Indikatoren zum Konsum von illegalen Drogen aufgrund der SGB

Aufgrund der Resultate von 1993 sollen der Typ der konsumierten Drogen, die Verteilung und die Form des Konsums unterschieden werden. Haschisch zum Beispiel kann nicht mit harten Drogen gleichgesetzt werden und nur bestimmte Stoffe werden auf intravenösem Weg benutzt und bergen somit ein epidemiologisches Risiko (vor allem Heroin). Nur ein kleiner Teil der Konsumenten sind drogenabhängig, weshalb wir beabsichtigen, die Risikogruppen nach dem Grad des Konsums und der Verwendungsart zu definieren. Wir unterscheiden insbesondere «*punktueller Benutzer*» (die konsumieren, um eine Erfahrung zu machen), «*gelegentliche Benutzer*» und «*abhängige Personen*» (Drogensüchtige) (Rehm, 1995). Jedem «Benutzer» entsprechen drei Typen von Indikatoren, die eine in der wissenschaftlichen Literatur anerkannte und akzeptierte Abstufung des Niveaus und der Häufigkeit des Konsums bezwecken. Es geht um die Lebenszeitprävalenz (Antwort auf die Frage: «*haben Sie in Ihrem Leben schon einmal Drogen genommen?*»), den aktuellen Konsum (Antwort auf die Frage: «*nehmen Sie immer noch Drogen?*») und die regelmässige Einnahme (Antwort auf die Frage: «*haben Sie in den letzten 12 Monaten regelmässig konsumiert?*» mindestens einmal pro Woche).

Andererseits gestattet es die Schweizerische Gesundheitsbefragung zwischen rund einem Dutzend Drogenkategorien (zusammengefasst: «alle Drogen», «harte Drogen», «Opiate») oder einzelnen Drogen zu unterscheiden.

Or, l'effectif moyen de détenus condamnés pour infraction à la LStup a oscillé entre 1170 et 1340 de 1985 à 1991, soit 33 à 37% des condamnés⁶⁴⁾.

Pour 1993, notons que l'enquête réalisée dans le cadre du «Rapport sur la méthadone»⁶⁵⁾ estime à 43% la part des personnes emprisonnées pour délits relatifs à la LStup en 1993 (IC ± 23%) et à 26% les consommateurs de drogues illégales parmi les détenus (IC ± 27%).

Sur la base de nos indicateurs et des catégories de drogues illicites présentées (cf. figure 4 et 5), il est possible d'obtenir une meilleure image de la population dépendante de la drogue en Suisse et âgée de 18 à 39.

Fig. 4 Définition des indicateurs de consommation de drogues illicites sur la base de l'ESS

A partir des résultats de 1993, il importe de cerner le type de drogues consommées ainsi que la répartition et le mode de consommation. Ainsi, le haschisch ne peut pas être assimilé à une drogue dure et seules certaines substances sont utilisées par voie intraveineuse et comportent donc un risque épidémiologique (héroïne en particulier). La toxicodépendance ne touche qu'une petite partie des consommateurs, c'est pourquoi nous proposons de définir les populations à risque selon le degré de consommation et le mode d'utilisation. Pour ce faire, nous distinguerons «*des utilisateurs ponctuels*» (consommation en vue de faire une expérience), «*les utilisateurs occasionnels*» et «*les personnes dépendantes*» (toxicomanes) (Rehm, 1995). Pour chaque «utilisateur» correspondra trois types d'indicateurs pouvant indiquer un gradient de niveau et de fréquence de consommation reconnus et acceptés dans la littérature scientifique. Il s'agit de la prévalence de vie (réponse à la question: «*avez-vous consommé une fois dans votre vie?*»), de la consommation actuelle (réponse à la question: «*consommez-vous encore à l'heure actuelle?*») et de la consommation régulière (réponse à la question: «*avez-vous consommé de manière régulière dans les 12 derniers mois?*» au moins une fois par semaine).

D'autre part, l'enquête suisse sur la santé permet de faire une distinction entre une dizaine de catégories de drogues (après regroupement: «toutes drogues», «drogues dures», «opiacés») ou de drogues spécifiques.

⁶⁴⁾ Nicht berücksichtigt sind in diesen Zahlen die Personen in Untersuchungshaft, wo die Prävalenz des illegalen Drogenkonsums höher ist.

⁶⁵⁾ BAG, 1995.

⁶⁴⁾ Ces chiffres ne tiennent pas compte des personnes en détention préventive où la prévalence de la consommation de drogues illicites est supérieure.

⁶⁵⁾ OFSP, 1995.

Abb. 5 Im Rahmen der SGB verwendete Typen von Indikatoren und Kategorien illegaler Drogen

Zu unterscheiden sind 3 Typen von Indikatoren:

- Lebenszeitprävalenz (einmal im Leben);
- Aktueller Konsum («Konsumieren Sie immer noch?»);
- Regelmässiger Konsum (einmal pro Woche oder mehr in den letzten 12 Monaten);

Und 3 Kategorien von illegalen Drogen:

1. Alle «illegalen Drogen»
2. «Weiche Drogen» (Haschisch/Marihuana)
3. «Harte Drogen»:
 - Alle «harten Drogen» (Heroin, Kokain, Crack-Freebase, Methadon, Amphetamine, Halluzinogene, andere Betäubungsmittel)
 - Opiate (Heroin, Crack-Freebase, Methadon) und Kokain (TRENDS 1975-heute.)⁶⁵⁾
 - Nur Heroin
 - Nur Kokain
 - Nur Methadon
 - Crack - Freebase
 - Amphetamine (Ecstasy, MDM)
 - Halluzinogene (LSD, Mescaline usw.)
 - Andere Betäubungsmittel (Morphine, Kodeine)

Fig. 5 Types d'indicateurs et catégories de drogues illicites utilisés dans le cadre de l'ESS

Différencier 3 types d'indicateurs:

- Prévalence de vie (une fois dans la vie);
- Consommation actuelle («Consommez-vous encore à l'heure actuelle?»);
- Consommation régulière (une fois par semaine ou plus pendant les 12 derniers mois);

Et 3 catégories de drogues illicites:

1. Toutes «drogues illégales»
2. «Drogues douces» (Haschisch/marijuana)
3. «Drogues dures»:
 - Toutes «drogues dures» (Héroïne, cocaïne, crack-freebase, méthadone, amphétamines, hallucinogènes, autres stupéfiants)
 - Opiacés (Héroïne, crack-freebase, méthadone) et cocaïne (TRENDS 1975-auj.)⁶⁵⁾
 - Héroïne uniquement
 - Cocaïne uniquement
 - Méthadone uniquement
 - Crack-freebase
 - Amphétamines (ecstasy, MDM)
 - Hallucinogènes (LSD, mescaline etc.)
 - Autres stupéfiants (Morphine, codéine)

5.2.2.1 Unterschiedliche Prävalenzarten

Erwartungsgemäss stellt sich heraus, dass die «Lebenszeitprävalenz» grösser ist als das «aktuelle Konsum» und dass letzterer grösser ist als der «regelmässige Konsum» (vgl. Tabelle 10). In bezug auf die «Lebenszeitprävalenz», gehen 83% der 18-39jährigen Gefängnisinsassen und 17% der befragten Personen in den Privathaushalten an, sie hätten mindestens einmal illegale Drogen genommen. Unter den Gefangenen beträgt die «Lebenszeitprävalenz» der Konsumenten von Halluzinogenen wie LSD und Mescaline 43%, gerade hinter dem Heroin (62%) und Kokain (60%).

Der regelmässige Konsum ist in der Bevölkerung deutlich tiefer, er geht jedoch in den Gefängnissen im Vergleich zur «Lebenszeitprävalenz» nur um den Faktor 2 zurück. Regelmässig illegale Drogen nehmen 36% (VI 27,4%-45,5%) der befragten Personen im Gefängnis und 2% (VI 1,5%-2,1%) der gleichaltrigen Bevölkerung.

⁶⁵⁾ Diese Unterkategorie wurde ausgewählt, um Vergleich seit 1975 zu ermöglichen.

5.2.2.1 Différences quant aux types de prévalences

Nous observons logiquement que la «prévalence de vie» est supérieure à la «consommation actuelle» et cette dernière est supérieure à la «consommation régulière» (voir Tableau 10). Au niveau de la «prévalence de vie», 83% des détenus âgés de 18 à 39 ans et 17% des personnes interrogées auprès des ménages privés du même âge déclarent avoir consommé au moins une fois des drogues illicites. Parmi les détenus, la «prévalence de vie» des consommateurs d'hallucinogènes tels que le LSD et la mescaline atteint 43%, juste derrière l'héroïne (62%) et la cocaïne (60%).

La «consommation régulière», quant à elle, est nettement plus faible auprès de la population mais ne diminue que d'un facteur 2 en milieu carcéral par rapport à la prévalence de vie. La consommation régulière de drogues illicites touche 36% (IC 27,4%-45,5%) des détenus et 2% (IC 1,5%-2,1%) de la population générale du même âge.

⁶⁵⁾ Cette sous-catégorie a été retenue afin de rendre possible des comparaisons depuis 1975.



5.2.2.2 «Weiche Drogen», «harte Drogen» und Art des Konsums

22% der Insassen (und rund 2% der Bevölkerung) nehmen nach **eigenen Angaben regelmässig «weiche Drogen»** (Haschisch oder Marihuana)⁶⁶⁾.

Die Zahl der Personen, welche ausschliesslich und regelmässig «harte Drogen» konsumieren (hauptsächlich Opiate und Kokain) beläuft sich auf rund 20% (VI 10,5%-29,5%) unter den Gefangenen und rund 1% unter der Bevölkerung in den Privathaushalten. 11% der Insassen nehmen regelmässig Heroin und 4% Kokain.

20% aller Drogen werden intravenös konsumiert, während weniger als 1% der Benutzer in der Gesamtbevölkerung Drogen auf diese Weise einnehmen. Unter den Gefangenen präsentiert sich die selbst-deklarierte Einnahmeform der Heroinkonsumenten wie folgt: 50% spritzen, 29% rauchen, 21% schnupfen den Stoff (N = 41, 15, 14). Die kokainabhängigen Insassen ziehen mehrheitlich das Spritzen vor (53%), während 8% den Stoff inhalieren und 39% ihn schlucken (N = 31,6,15).

5.2.2.3 Methadoneinnahme

Aus den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung geht hervor, **dass 32% der Insassen bereits Methadon konsumiert haben und dass es im Gefängnis von 10% regelmässig genommen wird.** Methadon wird in der Regel als ärztlich verordneter Suchtmittelersatz für den Entzug von Drogenabhängigen verwendet⁶⁷⁾. In diesem Zusammenhang gilt es daran zu erinnern, dass immer mehr Drogensüchtige, die sich vor der Einweisung einer Methadontherapie (unter ärztlicher Kontrolle) unterzogen hatten, die Behandlung im Gefängnis fortsetzen können⁶⁸⁾. Laut dem «Methadonbericht» *«kann davon ausgegangen werden, dass die Weiterführung einer bereits begonnenen Methadon-*

⁶⁶⁾ Die Ansichten über diesen Stoff sind geteilt: gewisse Kreise halten ihn für ein Hilfsmittel der Medizin und seine Strafbefreiung für eine soziale Tat (vgl. dazu neuere Beispiele amerikanischer Staaten wie Arizona und Kalifornien; in der Schweiz: die Erfahrungen der Kantone Zürich, Basel, Genf), während andere im Gegenteil der Meinung sind, diese Droge sei der Einstieg zum Konsum harter Drogen und die direkte Ursache schwerer Abhängigkeit. Wir gehen im vorliegenden Bericht nicht näher auf dieses Thema ein, möchten die Leserinnen und Leser aber auf Punkt 5.3 zum Thema Polytoxikomanie verweisen.

⁶⁷⁾ Diese Praxis ist vor allem in gewissen Gefängnissen der Deutschschweiz weit verbreitet (vgl. Erfahrungen von Oberschöngrün, Hindelbank, Regensdorf aber auch in Champ-Dollon im Kanton Genf).

⁶⁸⁾ Die Zahl der Drogensüchtigen in der Schweiz, die Methadon unter ärztlicher Kontrolle nehmen, wird auf rund 15'000 geschätzt, in: «Methadonbericht, Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz» (Dritte Auflage), Bern, 1996.

5.2.2.2 «Drogues douces», «drogues dures» et mode de consommation

22% des détenus (et environ 2% de la population) **déclarent consommer des «drogues douces» régulièrement** (le haschisch ou la marijuana)⁶⁶⁾.

Le nombre de personnes consommant uniquement et régulièrement des «drogues dures» (essentiellement des opiacés et de la cocaïne) atteint environ 20% (IC 10,5%-29,5%) auprès des détenus et environ 1% de la population auprès des ménages. 11% des détenus déclarent consommer régulièrement de l'héroïne et 4% de la cocaïne.

D'autre part, 20% du total de la consommation s'effectue par voie intraveineuse, alors que cette manière de consommer est inférieure à 1% pour les utilisateurs auprès de la population générale. Auprès des détenus, le mode de consommation auto-déclaré des héroïnomanes est ventilé comme suit: 50% d'injection, 29% en fument la substance, 21% la sniffent (N = 41, 15, 14). Précisons que la majorité des cocaïnomanes préfèrent l'injection (53%), 8% l'inhalation, et 39% l'avalent (N = 31, 6, 15).

5.2.2.3 Le recours à la méthadone

Sur la base de l'enquête sur la santé, nous constatons que **32% des prisonniers ont déjà consommé de la méthadone et que 10% en utilisent de manière régulière en prison.** Dans le domaine des prescriptions médicales, la méthadone est généralement délivrée comme drogue de substitution en vue du sevrage des toxicomanes⁶⁷⁾. Il faut rappeler à ce propos que de plus en plus de toxicomanes suivant une cure à la méthadone (sous contrôle médical) avant l'incarcération, peuvent continuer le traitement en prison⁶⁸⁾. Selon le «Rapport sur la méthadone», *«il est possible de poursuivre un traitement préalablement entrepris dans presque toutes les prisons régionales/préventives*

⁶⁶⁾ Rappelons que pour cette substance, les uns pensent qu'elle est l'alliée de la médecine et que la dépénalisation est un acte social (cf. exemples récents d'Etats américains tels que l'Arizona et la Californie; en Suisse, les expériences des cantons de Zurich, Bâle, Genève). Les autres sont d'avis, au contraire, que cette drogue ouvre la porte à la consommation des drogues dures et mène tout droit à la dépendance chronique. Bien que nous n'aborderons pas ce sujet dans ce rapport, nous renvoyons le lecteur au point 4.4 relatif aux polytoxicomanies.

⁶⁷⁾ Cette pratique est particulièrement présente dans certaines prisons situées en Suisse alémanique (cf. expériences à Oberschöngrün, Hindelbank, Regensdorf, mais aussi à Champ-Dollon, dans le canton de Genève).

⁶⁸⁾ On estime en Suisse le nombre de toxicomanes recourant à la méthadone sous contrôle médical à environ 15'000, in: «Rapport sur la méthadone (Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse» (troisième édition), Berne, 1995.

**Illegaler Drogenkonsum der Insassen,
Vergleich mit derselben Altersklasse der Gesamtbevölkerung (18-39 Jahre)**

**Consommation de drogues illicites des détenus,
comparaison avec la même tranche d'âge de la population générale (18-39 ans)**

10* Kategorien illegaler Drogen	Prozent / pour-cent						N		Catégorie de drogues illicites
	Total		Männer / Hommes		Frauen / Femmes		Total		
	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/93	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/93	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/93	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/93	
	Détenus 1993	Pop. gén. 1992/93	Détenus 1993	Pop. gén. 1992/93	Détenus 1993	Pop. gén. 1992/93	Détenus 1993	Pop. gén. 1992/93	
Alle Drogen									Toutes les drogues
Lebenszeitprävalenz ¹⁾	82,6	17,4	80,5	22,9	(96,3)	11,9	141	1166	Prévalence de vie ¹⁾
Aktueller Konsum ²⁾	53,6	4,6	52,7	6,4	(62,2)	2,7	86	312	Consommation actuelle ²⁾
Regelmässiger Konsum ³⁾	36,4	1,8	36,1	2,7	(39,5)	0,9	58	125	Consommation régulière ³⁾
Haschisch / Marihuana									Haschisch / marijuana
Lebenszeitprävalenz	79,4	16,9	77,9	22,4	(92,7)	11,5	136	1135	Prévalence de vie
Aktueller Konsum	45,2	4,3	45,0	6,2	(46,8)	2,5	77	299	Consommation actuelle
Regelmässiger Konsum	22,0	1,6	21,8	2,5	(23,8)	(0,8)	43	117	Consommation régulière
Harte Drogen									Drogues dures
Lebenszeitprävalenz	73,0	4,5	70,7	6,1	(94,0)	2,8	127	304	Prévalence de vie
Aktueller Konsum	29,2	0,6	26,2	(0,7)	(56,2)	(0,5)	46	45	Consommation actuelle
Regelmässiger Konsum	(19,9)	(1,0) ⁴⁾	(18,5)	...	(33,1)	...	(26)	(11)	Consommation régulière
Opiate + Kokain									Opiacés + cocaïne
Lebenszeitprävalenz	69,3	3,2	66,6	4,3	(94,0)	2,1	124	217	Prévalence de vie
Aktueller Konsum	28,6	0,5	25,6	0,6	(56,2)	(0,5)	45	33	Consommation actuelle
Regelmässiger Konsum	(19,8)	(1,0) ⁴⁾	18,4	...	(33,1)	...	(26)	(9)	Consommation régulière
Heroin									Héroïne
Lebenszeitprävalenz	62,1	1,4	58,8	2,0	(92,2)	(0,7)	113	86	Prévalence de vie
Aktueller Konsum	(18,8)	(0,1)	(18,1)	...	(25,4)	...	(28)	(7)	Consommation actuelle
Regelmässiger Konsum	(10,9)	...	(11,4)	...	...	-	(13)	(2)	Consommation régulière
Kokain									Cocaïne
Lebenszeitprävalenz	60,2	2,9	58,5	3,9	(76,3)	1,9	106	199	Prévalence de vie
Aktueller Konsum	(10,8)	(0,4)	9,0	(0,5)	(27,2)	(0,2)	(22)	(25)	Consommation actuelle
Regelmässiger Konsum	(4,0)	...	...	...	...	-	(7)	(2)	Consommation régulière
Methadon									Méthadone
Lebenszeitprävalenz	31,7	(0,5)	27,7	(0,6)	(73,4)	(0,3)	57	(25)	Prévalence de vie
Aktueller Konsum	(10,8)	(0,1)	(8,6)	...	(31,1)	...	(19)	(7)	Consommation actuelle
Regelmässiger Konsum	(10,4)	(0,1)	8,2	...	(31,1)	...	(17)	(6)	Consommation régulière
Crack, Freebase									Crack, freebase
Lebenszeitprävalenz	15,4	(0,1)	(14,9)	...	(20,6)	...	32	(7)	Prévalence de vie
Amphetamine (Ecstasy, MDM)									Amphétamines (Ecstasy, MDM)
Lebenszeitprävalenz	17,8	1,1	(17,8)	1,6	(17,8)	(0,7)	34	78	Prévalence de vie
Halluzinogene (LSD, Mescaline)									Hallucinogènes (LSD, Mescaline)
Lebenszeitprävalenz	42,9	2,2	43,5	3,2	(36,7)	1,3	77	161	Prévalence de vie
Andere Betäubungsmittel (Morphium, Kodein)									Autres stupéfiants (Morphine, codéine)
Lebenszeitprävalenz	19,6	0,5	(17,5)	(0,7)	(38,6)	(0,3)	34	37	Prévalence de vie

¹⁾ Hat einmal im Leben genommen (Antwort auf die Frage: «Haben Sie schon einmal genommen?»).

A consommé une fois dans la vie (réponse à la question: «Avez-vous déjà consommé?»).

²⁾ Antwort auf die Frage: «Nehmen Sie noch ...?» / Réponse à la question: «Consommez-vous encore?».

³⁾ Nahm mindestens einmal pro Woche in den letzten 12 Monaten (Antwort auf die Frage: «Wie häufig nehmen Sie ...?»).

A consommé au moins une fois par semaine durant les 12 derniers mois (réponse à la question: «A quelle fréquence avez-vous consommé?»).

⁴⁾ Der Ermittelte Prozentsatz wurde aufgrund der hohen Antwortausfallquote unter den Konsumenten «harte Drogen» korrigiert
Le pourcentage estimé a été corrigé à cause du fort taux de non-réponses parmi les consommateurs de drogues dures.

N-Gefängnisse, Total=165/172, N-Haushalte, Total=1166/6470 für alle Indikatoren.

N-prisons, total=165/172. N-ménages, total=1166/6470 pour tous les indicateurs.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/1993

behandlung in nahezu allen Bezirks-/Regionalgefängnissen möglich ist. In 89,7% dieser Einrichtungen ist eine Weiterführung unbefristet möglich, in weiteren 5,2% befristet auf einen Zeitraum, der zwischen einem und zwölf Monaten variiert. Hingegen verneint knapp ein Drittel (29,4%) der antwortenden Strafanstalten die Möglichkeit einer Weiterführung» (S.64). Nach Regionen betrachtet bieten 86% der Anstalten des Ostschweizer Konkordats, 74% der Anstalten der Zentral- und Nordwestschweiz und 58% der Gefängnisse der lateinischen Schweiz bereits Ersatzmittel für Drogenabhängige⁶⁹⁾.

5.2.2.4 Unterschiede nach Strafkonzordat und Grösse der Anstalt

Die Analyse aufgrund der **Strafkonzordate** (vgl. Tabelle 4 im Anhang) fördert regionale Unterschiede in bezug auf den illegalen Drogenkonsum zutage. Eine Übervertretung der regelmässigen Konsumenten ist in der Zentralschweiz zu beobachten (wo 60% der befragten Insassen nach eigenen Angaben regelmässig illegale Drogen nehmen), während dieser Prozentsatz in der lateinischen Schweiz geringer ist (27%), allerdings bei einer identischen Lebenszeitprävalenz (rund 80%). Diese Feststellung bezüglich der lateinischen Schweiz gilt für sämtliche Kategorien von harten oder weichen Drogen, inklusive Methadon.

In bezug auf die **Grösse der Gefängnisse** deuten alle Konsum-Indikatoren auf niedrigere Prävalenzen in den grossen Strafanstalten mit strengerer Kontrolle und grösserem Ausländeranteil hin. Andererseits besteht nicht unbedingt ein Zusammenhang zwischen der Lebenszeitprävalenz und dem regelmässigen Konsum von harten Drogen, vor allem nicht bei den Insassen der mittelgrossen Gefängnisse. Zwar haben 79% bzw. 72% der Insassen dieser Einrichtungen laut eigenen Angaben bereits Erfahrungen mit Heroin oder Kokain gemacht, doch machen die schwerabhängigen Konsumenten dieser Drogen in diesem Gefängnistyp lediglich 7% bzw. 3% aus.

Zum Abschluss dieses Unterkapitels zum Thema illegale Drogen liegt uns daran, folgende Tatsachen in Erinnerung zu rufen: **Erstens** hat sich die Situation im Bereich der Betreuung von Schwerabhängigen und der Repression des Betäubungsmittelkonsums seit 1993 etwas geändert. Nach langen Bedenken, ob es zweckmässig sei, in der Schweiz (und vor allem in der Deutschschweiz) **offene Drogenszenen zu dulden**, wurden diese in der Zwischenzeit aufgelöst. Es entstanden neue Gefängnisse, welche über die notwendigen Einrichtungen zur Betreuung von Schwerabhängigen verfügen⁷⁰⁾. Andere Gefängnisse haben sich spe-

ou de district. 89,7% de ces institutions permettent de le faire pour une durée indéfinie, dans 5,2% d'entre elles, cette durée est limitée et varie entre 1 et 12 mois. En revanche, un petit tiers (29,4%) des établissements pénitentiaires rejettent cette possibilité» (p.66). Par région, 86% des établissements du concordat de la Suisse orientale, 74% de ceux de la Suisse centrale et du Nord-ouest et 58% des prisons de la Suisse latine offrent déjà des moyens de substitution pour toxicodépendants⁶⁹⁾.

5.2.2.4 Différences selon le concordat pénitentiaire et la taille de l'établissement

L'analyse sur la base des **concordats pénitentiaires** (voir Tableau 4, en annexe) fait apparaître des différences régionales quant à la consommation de drogues illicites. En effet, **une sur-représentation de la consommation régulière est observée dans la Suisse centrale** (60% des détenus interviewés déclarent utiliser régulièrement des drogues illicites), alors que la Suisse latine affiche des taux moins élevés (27%) mais avec une expérience de vie identique (environ 80%). Cette constatation reste valable pour la Suisse latine pour toutes les catégories de drogues douces ou dures, y compris la méthadone.

Par rapport à la **taille de la prison**, nous constatons que tous les indicateurs de consommation indiquent des prévalences inférieures pour les grands établissements, où le contrôle est d'ailleurs plus strict et le nombre d'étrangers plus important. En revanche, l'expérience de vie des «drogues dures» n'est pas forcément corrélée avec la consommation régulière, en particulier pour les personnes incarcérées dans des prisons de taille moyenne. En effet, si 79% et 72% des détenus de ces établissements déclarent déjà avoir consommé de l'héroïne ou de la cocaïne, ils ne sont que 7% et 3% à en être dépendants de manière chronique dans ce type de prison.

Pour conclure ce sous-chapitre consacré aux drogues illicites, il nous paraît important de rappeler, **premièrement**, que depuis 1993 la situation a quelque peu changé en matière de prise en charge des toxicomanes lourds et de répression de la consommation de stupéfiants. En effet, après avoir longtemps hésité sur l'opportunité ou non de tolérer des **scènes ouvertes de la drogues** en Suisse (en particulier en Suisse alémanique), la décision de supprimer celles-ci est intervenue récemment. De nouvelles prisons ont été construites, offrant les infrastructures nécessaires à la prise en charge des toxicomanes chroniques⁷⁰⁾. D'autres pri-

⁶⁹⁾ Karger, 1996, S.32.

⁷⁰⁾ Vor allem in Zürich; im Kanton Bern ist zudem ein Umbau geplant.

⁶⁹⁾ Karger, 1996, p. 32.

⁷⁰⁾ En particulier à Zürich et une restructuration est projetée dans le canton de Berne.

zialisiert oder besondere Abteilungen eröffnet, um zweckmässige und angemessene Bedingungen für diesen Insassentyp bieten zu können. Unter den Konsumenten bewirkten diese Massnahmen zunächst eine Verringerung des Drogentourismus und der Anziehungskraft der grossen Städte, andererseits führten sie zu einer vermehrten Verwahrung dieser Art von Delinquenten. Auf der sozio-sanitären Ebene machte die Schliessung der offenen Drogenszenen grosse Anstrengungen der Behörden im Bereich der ambulanten Betreuung und der Schaffung neuer Rehabilitationsprogramme notwendig.

Zweitens war **Ecstasy** zum Zeitpunkt der BFS-Befragung 1992/1993 in der Schweiz noch praktisch kein Thema. Laut neuesten Schätzungen von Ende 1996 haben heute 13% der Jungen zwischen 16 und 24 Jahren Erfahrung mit Ecstasy; ein Höchstwert von 26% wurde für England und Wales ermittelt⁷¹⁾. In der Schweiz hatten 1995 70'000 «Junge» zwischen 15 und 34 Jahren (d.h. 3,4%) nach eigenen Angaben bereits einmal in ihrem Leben solche Drogen genommen⁷²⁾. Diese Droge wird oral eingenommen und stellt daher kein grösseres Risiko für die Verbreitung von Epidemien dar, von der Hypothese einer Zunahme der ungeschützten sexuellen Beziehungen einmal abgesehen.

5.3 Das Problem der Polytoxikomanie

Der gleichzeitige missbräuchliche Konsum verschiedener Arten von Drogen ist seit Ende der 70er Jahre beträchtlich gestiegen. «*The days when substance abusers were categorically labelled as alcoholic, coke-head, hophead, pophead, and pillhead seem to be rapidly disappearing*»⁷³⁾.

Die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung lassen das Problem der Polytoxikomanie klar zutage treten, vor allem in den Gefängnissen, wo fast jede zweite Person betroffen ist. Obschon es oft schwierig ist, die Kausalzusammenhänge zwischen dem Konsum des einen oder anderen Stoffs nachzuweisen, stellen wir fest, dass **Beziehungen bestehen zwischen dem Konsum von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen** (vgl. Tabelle 11). Die Kategorie der «*regelmässigen Konsumenten harter Drogen*» ist dabei natürlich am stärksten betroffen.

So zeigt es sich, dass die «*heutigen Konsumenten*» «*harter Drogen*» in der **Gesamtbevölkerung** mehr Zigaretten rauchen (19,7 pro Tag, gegenüber 15,8 pro

sons se sont spécialisées ou ont ouvert des sections spéciales afin d'offrir des conditions acceptables et adaptées à ce type de détenu. Au niveau des consommateurs, ces mesures ont eu pour conséquence première de diminuer le tourisme pendulaire et de limiter l'attrait des grandes villes mais aussi de renforcer l'enfermement de ce type de délinquants. Au niveau socio-sanitaire, la fermeture des scènes ouvertes de la drogue a occasionné des efforts importants dans la prise en charge ambulatoire et la mise sur pied de nouveaux programmes de réhabilitation de la part des administrations.

Deuxièmement, l'enquête de l'OFS ayant eu lieu en 1992/1993, nous ne parlions pratiquement pas **d'ecstasy** à ce moment-là en Suisse. Or, selon les dernières estimations datant de fin 1996, 13% des jeunes de 16 à 24 ans auraient une expérience de l'ecstasy, un maximum de 26% étant constaté en Angleterre et au Pays de Galles⁷¹⁾. Pour la Suisse, 70'000 «jeunes» de 15 à 34 ans (soit 3,4%), déclaraient en 1995 avoir consommé une fois dans leur vie ce type de drogue⁷²⁾. Cette drogue se prend par voie orale et ne constitue ainsi pas un risque majeur en matière de propagation d'épidémies sauf exception de l'hypothèse d'une augmentation des relations sexuelles non protégées.

5.3 Le problème de la polytoxicomane

Depuis la fin des années 1970, la consommation abusive et simultanée de différents types de drogues s'est accru considérablement. «*The days when substance abusers were categorically labelled as alcoholic, coke-head, hophead, pophead, and pillhead seem to be rapidly disappearing*»⁷³⁾.

Sur la base de l'enquête suisse sur la santé, nous remarquons que le problème de la polytoxicomane est bien visible, en particulier auprès des détenus où elle touche près d'un individu sur deux. En effet, bien qu'il soit souvent difficile d'établir la direction des liens de causalités existant entre la consommation de telle ou telle substance, nous observons la présence de **relations entre consommation d'alcool, de médicaments et drogues illicites** (voir tableau 11). La catégorie des «*consommateurs réguliers de drogues dures*» est évidemment la plus touchée.

Aussi, **auprès de la population générale**, les «*consommateurs actuels*» de «*drogues dures*» fument davantage de cigarettes (19,7 par jour contre 15,8 par jour

⁷¹⁾ MTV, PM, 6.2.1997.

⁷²⁾ SFA, PM 4.10.96. Stichprobenerhebung. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass sich Ecstasy-Konsum im wesentlichen auf Jugendliche konzentriert, insbesondere bei sog. «Rave Parties» an Weekends.

⁷³⁾ Clayton, 1986, S. 7, zitiert nach Gimel, 1997.

⁷¹⁾ MTV, CP, 6.2.1997.

⁷²⁾ ISPA, CP, 4.10.96. Enquête par sondage. Rappelons à ce propos que la consommation d'ecstasy touche essentiellement les adolescents, en particulier pendant le week-end à l'occasion de «rave party».

⁷³⁾ Clayton, 1986, p. 7, citation tirée de Gimel, 1997.

**Polytoxikomanie unter den Insassen,
Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-39 Jahre) (in Prozent)**

**Polytoxicomanies auprès des détenus,
comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-39 ans) (en pour-cent)**

11* Art des Konsums	Medikamentenkonsum ¹⁾		Regelmässiger Haschischkonsum ²⁾		Regelmässiger Heroinkonsum ²⁾		Type de consommation
	Consommation de médicaments ³⁾		Consommation régulière de haschisch ²⁾		Consommation régulière d'héroïne ²⁾		
	Insassen 1993 Détenus 1993	Gesamtbev. 1992/1993 Pop. gén. 1992/1993	Insassen 1993 Détenus 1993	Gesamtbev. 1992/1993 Pop. gén. 1992/1993	Insassen 1993 Détenus 1993	Gesamtbev. 1992/1993 Pop. gén. 1992/1993	
Gewöhnlicher Alkoholkonsum Dreimal und mehr pro Tag ¹⁾	(76,9)	(27,1)	(21,4)	(4,6)	(49,3)	...	Consommation habituelle d'alcool 3 fois et plus par jour ¹⁾
Medikamentenkonsum³⁾ Ja, in den letzten sieben Tagen	100,0	100,0	(65,7)	(22,3)	(89,6)	...	Consommation de médicaments³⁾ Oui, dans les 7 derniers jours
Schlafmittelkonsum Ja, täglich	43,2	(26,7)	(26,7)	...	(43,7)	...	Consommation de somnifères Oui, quotidiennement
Mehrmals pro Woche	(20,9)	(7,3)	(7,3)	...	(20,9)	...	Plusieurs fois par semaine
Total letzte 7 Tage	64,1	34,0	(34,0)	...	(64,6)	...	Total 7 derniers jours
Konsum von Beruhigungsmitteln Ja, täglich	(23,0)	4,9	(13,0)	(17,9)	(38,6)	...	Consommation de calmants Oui, quotidiennement
Mehrmals pro Woche	(11,9)	1,8	(8,3)	...	(14,8)	...	Plusieurs fois par semaine
Total letzte 7 Tage	34,8	6,7	(21,3)	(17,9)	(53,3)	...	Total 7 derniers jours
Regelmässiger Haschisch / Marihuanakonsum²⁾ Ja	(65,7)	(22,3)	100,0	100,0	(26,5)	...	Consommation régulière de haschisch / marijuana²⁾ Oui
Regelmässiger Heroinkonsum²⁾ Ja	(89,6)	(65,2)	(20,4)	...	(100,0)	(100,0)	Consommation régulière d'héroïne²⁾ Oui
Regelmässiger Kokainkonsum²⁾ Ja	(100,0)	(48,6)	(20,8)	(0,8)	(20,2)	...	Consommation régulière de cocaïne²⁾ Oui
Regelmässiger Methadonkonsum²⁾ Ja	(100,0)	(100,0)	(23,6)	(1,6)	(21,9)	...	Consommation régulière de méthadone²⁾ Oui
Total	50,2	25,4	21,7	1,7	(11,0)	...	Total
Grösse der Stichprobe (N)	89	1700	43	117	(13)	(2)	Taille de l'échantillon (N)
¹⁾ Antwort auf die Frage: «Wieviel Alkohol (Bier, Wein, Likör, Apertif, Schnaps) trinken Sie gewöhnlich? Trinken Sie davon mehrmals pro Tag und wie häufig?». Réponse à la question: «Quelle est votre consommation habituelle d'alcool (bière, vin, liqueurs, apéritifs, eaux-de-vie)? En buvez-vous plusieurs fois par jour et à quelle fréquence?».							
²⁾ Regelmässiger Konsum (mindestens einmal pro Woche) während der letzten 12 Monate. Consommation régulière (au moins une fois par semaine) au cours des 12 derniers mois.							
³⁾ Konsum mindestens einmal in den letzten 7 Tagen / Consommation au moins une fois dans les 7 derniers jours.							

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/1993

Tag der Nichtkonsumenten von «harter Drogen») und mehr trinken (35% Gewohnheitstrinker, gegenüber 11% der Nichtkonsumenten). 42% nehmen überdies Haschisch. Bei den Medikamenten sind die Schlafmittel besonders gefragt. 34% der Personen, die in den 7 Tagen vor der Befragung Medikamente konsumiert hatten, griffen nach eigenen Angaben zu Schlafmitteln.

Bei den Gefangenen ist das Problem noch offensichtlicher. Während dort jede zweite Person angibt, in den letzten 7 Tagen Medikamente genommen zu haben, beträgt dieses Verhältnis bei den regelmässigen Haschischkonsumenten 7 von 10 und bei den Benutzern von Opiaten (Heroin, Kokain und Methadon) sogar 9 von 10. Bei den Haschischkonsumenten scheint die Prävalenz des Konsums anderer Drogen, mit Ausnahme der Medikamente, nicht über dem Durchschnitt (22%) zu liegen.

Dagegen ist die Polytoxikomanie ein generelles Merkmal der Heroinabhängigen. Von den rund 10% der Gefangenen im Alter zwischen 18 und 39 Jahren, die als heroinabhängig zu betrachten sind, nehmen 6 von 10 mindestens mehrmals pro Woche Schlafmittel und 5 von 10 greifen mindestens mehrmals pro Woche zu Beruhigungsmitteln. 2 von 10 konsumieren auch Kokain und/oder Methadon. Hinzu kommt, dass laut den Autoren des Methadonberichts *«der Beikonsum von Alkohol, Schlafmitteln oder anderen Betäubungsmitteln die Wirkung des Methadons auf das Atemzentrum im Sinne eines Summationseffekts verstärken kann»*. In Genf zum Beispiel, *«wurden 1981 bis 1986 25 Todesfälle gefunden, an denen Methadon beteiligt war. Bei 11 dieser Fälle war ausserdem Morphin (als Abbauprodukt des Heroins) beteiligt»⁷⁴⁾*.

5.4 Zusammenhang zwischen Verhalten und gesundheitlichem Befinden

Im vorliegenden Unterkapitel werden die Ergebnisse etwelcher möglicher Verbindungen zwischen Verhaltensweisen und Gesundheitszustand präsentiert. Es handelt sich dabei lediglich um ansatzweise Betrachtungen, welche keine Aussagen über die genauen Kausalwirkungen zulassen.

In bezug auf die **gesundheitsfördernden Faktoren** zeigt es sich, dass die Hälfte der Gefangenen starke Krankheitssymptome aufweist, bei denen, die keine körperliche Betätigung ausüben, sind es aber gar 8 von 10 (vgl. Tabelle 12). Die fehlende körperliche

pour les non consommateurs de «*drogues dures*»), boivent davantage (35% de gros consommateurs d'alcool contre 11% pour ceux qui n'en consomment pas). Et parmi ceux-ci, 42% consomment du haschisch. Parmi les médicaments, les somnifères sont les plus largement utilisés. 34% de la population ayant consommé des médicaments au cours des 7 jours ayant précédé l'enquête, déclarent avoir avalé des somnifères.

Auprès des détenus, le problème est encore plus visible. Ainsi, si une personne sur deux déclare avoir consommé des **médicaments** au cours des 7 derniers jours, le rapport est de 7 sur 10 pour les consommateurs réguliers de haschisch et 9 sur 10 pour les utilisateurs d'opiacés (héroïne, cocaïne et méthadone). Parmi les consommateurs réguliers de haschisch, en dehors des médicaments, la prévalence de consommation d'autres drogues ne semble pas supérieure au taux moyen observé (22%).

Par contre, les héroïnomanes se caractérisent par une polytoxikomanie généralisée. En effet, si 1 détenu sur 10 âgé de 18 à 39 ans peut être considéré comme dépendant de l'héroïne, 6 sur 10 consomment au moins plusieurs fois par semaine des somnifères, 5 sur 10 au moins plusieurs fois par semaine des calmants. 2 sur 10 consomment également de la cocaïne et/ou de la méthadone. Notons encore que selon les auteurs du rapport sur la méthadone, *«la consommation d'alcool, l'usage d'autres stupéfiants ou de somnifères peut renforcer l'action de la méthadone sur le centre respiratoire, dans la mesure où les effets de ces différentes substances s'additionnent les uns les autres»*. A Genève, par exemple, *«sur 25 cas de décès liés à la méthadone survenus entre 1981 et 1986, 11 cas ont été décelés où la morphine (en tant que métabolite de l'héroïne) était également en jeu»⁷⁴⁾*.

5.4 Liens entre les comportements et l'état de santé

Dans ce sous-chapitre, les résultats de quelques associations possibles entre types de comportements et état de santé seront présentés. Il ne s'agit là que de pistes de recherches ne permettant pas de définir les directions exactes de la causalité.

Au niveau des **facteurs de promotion de la santé**, si cinq détenus sur dix présentent de forts symptômes de maladies en milieu carcéral, près de huit sur dix sont touchés lorsqu'ils n'effectuent aucune activité physique provoquant de la sueur (voir Tableau 12). Le manque d'activité influence également l'état de

⁷⁴⁾ BAG, 1995, S. 28.

⁷⁴⁾ OFSP, 1995, p. 30.

Betätigung beeinflusst auch das psychische Wohlbefinden, allerdings in etwas geringerem Mass. Derartige Unterschiede sind auch bei der Gesamtbevölkerung festzustellen. Kein Zusammenhang ergab sich zwischen dem Ernährungsbewusstsein und dem (psychosomatischen oder psychischen) Gesundheitszustand sowohl der Insassen als auch der freien Bevölkerung.

Bezüglich der Risikofaktoren sind zunächst die **negativen Auswirkungen des Tabaks** zu erwähnen, **vor allem im Hinblick auf die Krankheitssymptome**. 51% der Insassen mit starken Krankheitssymptomen sind Raucher (Gegenüber 34% Nichtraucher)⁷⁵⁾. In der Bevölkerung sind die Unterschiede zwischen Rauchern und Nichtrauchern weniger ausgeprägt (25% und 22%)⁷⁶⁾. Das psychische Wohlbefinden der Gefängnisinsassen scheint sich mit zunehmendem Zigarettenkonsum zu verbessern, während bei der Bevölkerung das Gegenteil der Fall ist. Dies dürfte auf die anti-depressive Wirkung zurückzuführen sein, welche die Zigarette in schwierigen Situationen ausüben kann.

Zweitens sind die **starken Trinker⁷⁷⁾ unter den Gefängnisinsassen** im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung **übervertreten**. Und diese schlechte Gewohnheit schlägt sich im körperlichen und psychischen Gesundheitszustand nieder. Mehr als 8 von 10 der starken Trinker⁷⁸⁾ unter den Gefängnisinsassen weisen starke Krankheitssymptome und 7 von 10 ein angeschlagenes psychisches Befinden auf. Dieser Prozentsatz ist auch bei den Privathaushalten erhöht.

Drittens ist auch der Zusammenhang zwischen schlechtem Gesundheitszustand und **Medikamentenkonsument** augenscheinlich. So nehmen 62% der Insassen mit starken Krankheitssymptomen Medikamente, während dies nur bei 37% der Fall ist, die darauf verzichten (42% und 18% in der Gesamtbevölkerung). Es ist allerdings anzunehmen, dass ein grosser Teil dieser Medikamente von den medizinischen Diensten verschrieben werden, um die Leiden der Insassen zu mildern.

Der schädliche **Einfluss der illegalen Drogen** ist ebenso offensichtlich. In den Gefängnissen weisen 56% der Personen, die bereits «harte Drogen» genommen haben - und gar 64% der regelmässigen Konsumenten - starke Krankheitssymptome auf, während der Durchschnitt bei 45% liegt. Deutlich weniger grosse Unterschiede ergeben sich bei den regelmässigen Konsumenten «weicher Drogen», obschon diese bei

santé psychique, mais dans une moindre mesure. De telles différences sont également observées auprès de la population. Aucune relation n'est observée entre l'attention portée à l'alimentation et l'état de santé (psychosomatique ou psychique) autant auprès des détenus qu'auprès de la population libre.

Au niveau des facteurs de risque, notons premièrement **l'influence négative du tabac surtout au niveau des symptômes de maladie**. En effet, 51% des détenus présentant de forts symptômes de maladies fument (contre 34% pour les non-fumeurs)⁷⁵⁾. Auprès de la population, les différences sont moins marquées entre fumeurs et non-fumeurs (25% et 22%)⁷⁶⁾. Quant à l'état de santé psychique des détenus, celui-ci tend à s'améliorer avec l'augmentation de la consommation de cigarettes alors que l'inverse s'observe pour la population. Cela peut s'expliquer par la fonction anti-dépressive jouée par la cigarette dans les situations difficiles.

Deuxièmement, la part de consommateurs abusifs d'alcool⁷⁷⁾ est sur représentée auprès des détenus par rapport à la population générale. Et cette pratique négative se lit au niveau de l'état de santé physique et psychique. Chez les gros consommateurs⁷⁸⁾, plus de 8 détenus sur 10 présentent de forts symptômes de maladies et 7 sur 10 une santé psychique détériorée. Ce taux est également supérieur auprès des ménages.

Troisièmement, la relation entre mauvais état de santé physique et utilisation de médicaments est également claire. Ainsi, 62% des prisonniers avec de forts symptômes de maladie consomment des médicaments alors que sans consommation seuls 37% en souffrent (42% et 18% pour la population générale). Il est toutefois probable qu'une bonne partie de ces médicaments soient prescrits par les services médicaux afin d'atténuer les souffrances du détenu.

L'influence néfaste des drogues illicites est tout aussi marquée. En milieu carcéral, 56% des personnes ayant déjà consommé des «drogues dures» - et même 64% des consommateurs réguliers - présentent de forts symptômes de maladies alors que la moyenne se situe à 45%. Des différences beaucoup moins nettes sont observées concernant l'état de santé psychique pour les consommateurs réguliers de «drogues

⁷⁵⁾ Die Anzahl Beobachtungsfälle bei den Nichtrauchern ist allerdings sehr gering (N=4/11).

⁷⁶⁾ Unterschiede nicht signifikant.

⁷⁷⁾ dreimal täglich und mehr «im allgemeinen».

⁷⁸⁾ dreimal täglich und mehr «im allgemeinen».

⁷⁵⁾ A noter, toutefois, que pour les non-fumeurs, le nombre d'observations est très petit (N=4/11).

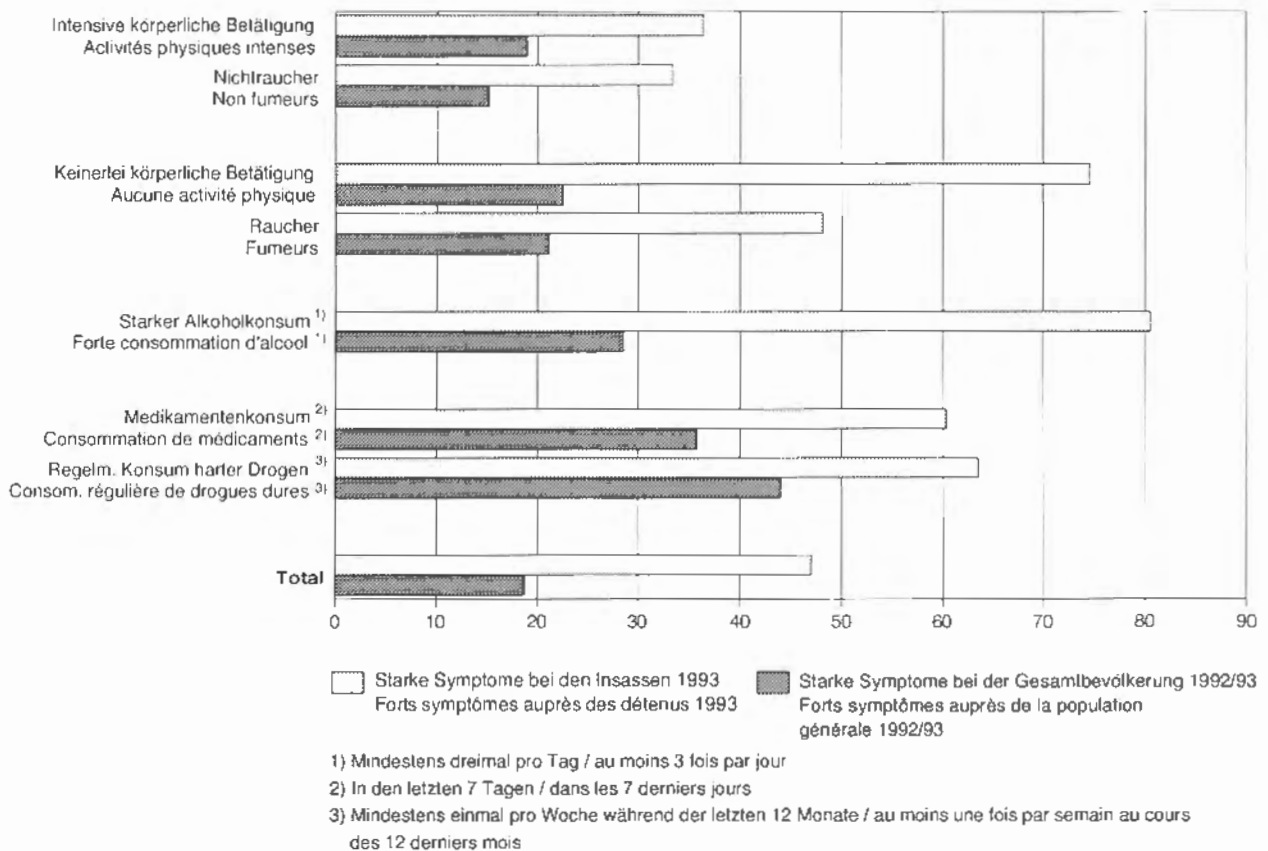
⁷⁶⁾ Différences non significatives.

⁷⁷⁾ Trois fois par jour et plus «habituellement».

⁷⁸⁾ Trois fois par jour et plus «habituellement».

G3 Zusammenhang zwischen Präventivfaktoren, Risikofaktoren und Krankheitssymptomen, Vergleich mit der Gesamtbevölkerung, in Prozent (Männer 18-39 Jahre)

Relations entre facteurs préventifs, facteurs de risque et symptômes de maladies, comparaison avec la population générale, en pour cent (hommes 18-39 ans)



© BFS / Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93

© OFS / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/93

den Privathaushalten signifikant bleiben (49% schlechtes psychisches Befinden für die Haschischkonsumenten⁷⁹⁾ gegenüber 35% bei den Nichtkonsumenten⁸⁰⁾).

Die Analyse des psychischen Gesundheitszustands fördert nuanciertere Ergebnisse zutage. Während bei den Haushalten der Konsum von Alkohol, Medikamenten, Haschisch und harten Drogen negative Auswirkungen auf das psychische Befinden hat, haben bei den Gefangenen nur der Alkohol und die Medikamente derartige Folgen. Was den Tabakkonsum im Gefängnis betrifft, so sind Nichtraucher nach eigenen Angaben häufiger niedergeschlagen als Raucher. Ist daraus zu schliessen, dass die Zigarette eine anti-depressive und soziale Funktion ausübt?⁸¹⁾

douces» bien que celles-ci restent significatives auprès des ménages (49% de mauvaise santé psychique pour les consommateurs de haschisch⁷⁹⁾ contre 35% pour les non-consommateurs⁸⁰⁾).

D'ailleurs, l'analyse de l'état de santé psychique présente des résultats plus nuancés. En effet, si auprès des ménages la consommation d'alcool, de médicaments, de haschisch et de drogues dures influence de manière négative la santé psychique, seuls l'alcool et les médicaments ont une telle retombée auprès des détenus. Quant au «tabagisme» dans les prisons, notons que les non-fumeurs se déclarent davantage déprimés que les fumeurs. Faut-il en déduire que la cigarette a une fonction anti-dépressive et sociale?⁸¹⁾

⁷⁹⁾ VI ± 11%, N=52.

⁸⁰⁾ VI ± 1,4%, N=2090.

⁸¹⁾ Welche - in gewissen Fällen - dazu beiträgt - die Kontakte, den Austausch und die Schaffung von Subkulturen zu fördern.

⁷⁹⁾ IC ± 11%, N=52.

⁸⁰⁾ IC ± 1,4%, N=2090.

⁸¹⁾ Contribuant à renforcer - dans certains cas - les contacts, les échanges et la création de subcultures.



**Zusammenhang zwischen gesundheitlichem Befinden und Verhalten unter den Insassen,
Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-39 Jahre) (in Prozent)**

**Relation entre état de santé et comportements auprès des détenus,
comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-39 ans) (en pour-cent)**

12* Verhaltensweisen	Morbiditystyp / Type de morbidité								Type de comportement
	Schlechtes psychisches Befinden Mauvaise santé psychique				Starke Krankheitssymptome Forts symptômes de maladie				
	Total		Männer / Hommes		Total		Männer / Hommes		
	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/93	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/93	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/93	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/93	
Détenus 1993	Pop. gén. 1992/93	Détenus 1993	Pop. gén. 1992/93	Détenus 1993	Pop. gén. 1992/93	Détenus 1993	Pop. gén. 1992/93		
1. Positive Verhaltensweisen									1. Comportements positifs
Ernährungsbewusstsein									Attention à l'alimentation
ja, ich achte auf etwas	59,7	35,3	60,1	33,4	54,6	25,5	52,4	19,4	oui, je fais attention
nein, ich achte auf nichts	(57,6)	34,7	58,9	31,2	(41,5)	22,5	(39,2)	18,6	non, je ne fais attention à rien
Körperliche Betätigung									Activités physiques
dreimal oder mehr pro Woche	53,7	32,5	55,9	30,9	(36,1)	22,5	(36,5)	19,0	3 fois et plus par semaine
keine Aktivität	(73,1)	39,0	(79,0)	36,7	(77,4)	29,1	(74,7)	22,6	aucune activité
2. Negative Verhaltensweisen									2. Comportements négatifs
Alkoholkonsum									Consommation d'alcool
Dreimal täglich und mehr ¹⁾	(73,9)	(42,5)	(72,5)	(41,3)	(81,1)	(32,9)	(80,6)	(28,6)	3 fois par jour et plus ¹⁾
Tabakkonsum									Consommation de tabac
Raucher	58,1	38,0	58,8	35,4	50,7	25,5	48,2	21,2	Fumeurs
Nichtraucher	(78,5)	33,1	(78,5)	29,5	(33,5)	21,5	(33,5)	15,2	Non fumeurs
Medikamentenkonsum									Consommation de médicaments
Ja (in den letzten 7 Tagen)	66,9	44,8	70,5	42,7	62,2	41,8	60,4	35,8	Oui (dans les 7 derniers jours)
Haschisch / Marihuanakonsum									Consommation de haschisch / marijuana
Lebenszeitprävalenz ²⁾	57,6	43,9	58,5	42,9	52,9	30,8	50,6	25,8	Prévalence de vie ²⁾
Regelmässiger Konsum ³⁾	(63,8)	49,2	(65,6)	46,1	(47,3)	34,2	(47,8)	(33,2)	Consommation régulière ³⁾
Konsum von «harten Drogen»									Consommation de «drogues dures»
Lebenszeitprävalenz ²⁾	55,9	43,2	56,5	39,5	56,4	38,6	54,2	32,7	Prévalence de vie ²⁾
Regelmässiger Konsum ³⁾	(63,4)	(42,9)	(71,1)	(54,4)	(63,6)	(72,5)	(63,6)	(44,0)	Consommation régulière ³⁾
Total	58,5	35,1	59,6	32,4	49,4	24,1	47,1	18,8	Total

¹⁾ Antwort auf die Frage: «Wieviel Alkohol trinken Sie gewöhnlich (Bier, Wein, Likör, Aperitif, Schnaps)? Trinken Sie davon mehrmals pro Tag oder wie häufig?»
Réponse à la question: «Quelle est votre consommation habituelle d'alcool (Bière, vin, liqueur, apéritif)? En buvez-vous plusieurs fois par jour ou à quelle fréquence?»

²⁾ Mindestens einmal im Leben konsumiert / Consommation au moins une fois dans la vie.

³⁾ Mindestens einmal pro Woche während der letzten 12 Monate / Consommation au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/1993

6 Sterblichkeit, Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen und Zufriedenheit mit der Behandlung

Gemäss Feststellung der WHO-Verantwortlichen sind die Gefängnisse in allen Ländern ein signifikanter Faktor bei der Übertragung von Infektionskrankheiten (Aids/HIV, Hepatitis, Tuberkulose usw.), da das Ansteckungsrisiko unter den Gefängnisinsassen höher ist als in der Gesamtbevölkerung. Nur schon im Fall von Aids wurden in den letzten Jahren zahlreiche Beispiele von HIV-Infektionen in Gefängnissen ermittelt, zum Beispiel in Spanien (Barcelona), Schottland (Gefängnis von Glenochil)⁸²⁾ oder den Vereinigten Staaten (Gefängnisse von New-York)⁸³⁾.

Auf der Ebene der schweizerischen Gefängnisse fällt es uns schwer, eine zuverlässige Schätzung bezüglich der Prävalenz von Infektionskrankheiten abzugeben. Im übrigen wird die Anonymität in solchen Fällen durch den Arzt garantiert, und in einem fortgeschrittenen Stadium sollten sich die Personen nicht mehr im Gefängnis befinden⁸⁴⁾, sondern in ein Spital eingewiesen werden, das über die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten verfügt. Jedenfalls ist das Gefängnis ein spezieller Mikrokosmos, in dem die Präsenz von Gewalt und Krankheit zum Alltag gehört.

Die Schweizerische Strafvollzugsstatistik gibt Aufschluss über die Todesfälle im Strafvollzug nach den wichtigsten Ursachen seit 1982⁸⁵⁾. Durch Kombination dieser Ergebnisse mit der Todesursachenstatistik (Total der Schweiz) kann eine Standardisierte Mortalitätsrate (SMR) für die Gefängnisse berechnet werden.

Um ein genaueres Bild über die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen in den Gefängnissen zu erhalten, wurden zudem Häufigkeit und Ursachen der ärztlichen Konsultationen und Hospitalisierungen untersucht. Auch die Qualität der im Gefängnis gebotenen ärztlichen und Sanitätsdienstleistungen soll im Rahmen dieses Kapitels evaluiert werden.

⁸²⁾ Proceeding of the Healthy Prisons Symposium, Warrington, 1995, p. 15; S. Gore, A.G. Bird, D. Goldpere, HIV surveillance linked risk factor of scottish prison inmates, Liverpool, 24-27 march 1996.

⁸³⁾ Für einen Überblick über verschiedene Ergebnisse vgl. Dolan, Kate, AIDS, drugs and risk behaviour in prison: Stat of the art, in: «Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)», Bern: Peter Lang, 1997, S. 213-238.

⁸⁴⁾ In Übereinstimmung mit dem StGB.

⁸⁵⁾ Zu den Ursachen der Sterblichkeit im Strafvollzug (gemäss Schweizerischer Strafvollzugsstatistik) ist zu bemerken, dass die Erhebung 1982 aufgrund der Eintrittsmeldungen begann. Daraus resultierte eine Unterschätzung und leichte Verzerrung des realen Bestands bis ungefähr 1984, weil die vor 1982 eingewiesenen Personen nicht erfasst wurden. Vgl. Rônez, S., BFS, 1996.

6 Mortalité, recours aux services de santé et satisfaction des soins

Comme le constatent les responsables de l'OMS, dans tous les pays les prisons représentent un facteur significatif de transmission de maladies infectieuses (Sida/VIH, hépatite, tuberculose etc.) parce que le risque d'infection est plus élevé parmi les prisonniers que parmi la population générale. Pour ne prendre que le cas du Sida, de nombreux exemples de séroconversions en milieu carcéral ont été répertoriés ces dernières années, par exemple en Espagne (à Barcelone), en Ecosse (prison de Glenochil)⁸²⁾ ou aux Etats-Unis (prisons de New-York)⁸³⁾.

Au niveau des prisons suisses, il nous est difficile d'estimer la prévalence en matière d'épidémies de manière fiable. D'ailleurs, dans de tels cas, l'anonymat est normalement garanti par le médecin et, lors d'un diagnostic avancé, les personnes ne devraient plus se trouver en prison⁸⁴⁾ et être placées dans des hôpitaux à même de les traiter. Toujours est-il que la prison constitue un microcosme particulier où la présence de la violence et de la maladie est monnaie courante.

La statistique pénitentiaire suisse permet de présenter les décès survenus en exécution de peines selon les causes principales depuis 1982⁸⁵⁾. En combinant ces résultats avec la statistique des causes de décès (total en Suisse), il est possible de calculer un indice de mortalité standardisé (IMS) pour les prisons.

D'autre part, afin de mieux cerner le recours aux services de santé «intra muros», nous proposons d'observer la fréquence et les motifs de consultations chez le médecin et les hospitalisations. La qualité des services infirmiers et médicaux prodigués à l'intérieur de la prison sera également évaluée dans ce chapitre.

⁸²⁾ Proceeding of the Healthy Prisons Symposium, Warrington, 1995, p. 15; S. Gore, A.G. Bird, D. Goldpere, HIV surveillance linked risk factor of scottish prison inmates, Liverpool, 24-27 march 1996.

⁸³⁾ Pour obtenir un survol de différents résultats, cf. Dolan, Kate, AIDS, drugs and risk behaviour in prison: Stat of the art, in: «Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)», Bern: Peter Lang, 1997, pp. 213-238.

⁸⁴⁾ En conformité avec le CPS.

⁸⁵⁾ Pour les causes de mortalité en exécution des peines tirées de la statistique pénitentiaire suisse, il est important de souligner que le relevé a commencé en 1982 sur la base des communications d'entrées. Il en résulte jusqu'à environ 1984 une sous-estimation et une légère distorsion de l'effectif réel, étant donné que des personnes incarcérées avant 1982 n'ont pas été comptabilisées. Cf. Rônez, OFS, 1996.

6.1 Sterblichkeit in den Gefängnissen

Laut der Schweizerischen Strafvollzugsstatistik entfielen zwischen 1984 und 1995 von den 162'784 Entlassungen, die von den entsprechenden Stellen registriert wurden, 213 auf Todesfälle (vgl. Tabelle 5.1 im Anhang). Betrachten wir lediglich das Jahr 1993, so kamen auf insgesamt 13'731 Entlassungen 28 Todesfälle (wovon 11 durch Überdosis und 6 durch Suizid). Anzuführen ist, dass 1993 ein Jahr mit starker Prävalenz war. In diesem Jahr lag die **Bruttosterblichkeitsziffer** der Gefangenen bei 16%, während die entsprechende Quote für die gleichaltrige Gesamtbevölkerung 2,1% betrug⁸⁶⁾. Dabei korrigiert die **Standardisierte Mortalitätsrate** (SMR) im Gefängnis⁸⁷⁾ dieses Ergebnis in gewisser Weise, indem die Altersstruktur berücksichtigt wird. Dieser Quotient beträgt 759%, d.h. die Sterblichkeit der Gefängnisinsassen (im Strafvollzug) ist nahezu achtmal grösser als diejenige der Gesamtbevölkerung (vgl. Tabelle 6 im Anhang).

Nach Todesfallart und über den gesamten Zeitraum betrachtet, stellen die Überdosierungen die wichtigste Todesursache dar (70 Personen bzw. 33% der Fälle), vor den Suiziden (58 Personen bzw. 27% der Fälle) und den «Krankheiten» (43 Tote (wovon 5 im Zusammenhang mit Aids) bzw. 20% der Fälle). Abgesehen von einer Rubrik «natürliche Todesfälle» (22 Personen bzw. 9% der Fälle), haben die übrigen Todesursachen nur marginale Bedeutung (weniger als 4%).

Die indexierte Entwicklung zeigt eine Zunahme der Anzahl Sterbefälle im Strafvollzug seit Anfang der 90er Jahre, insbesondere solche durch Überdosierungen und «nicht bezeichnete Krankheiten». Dagegen scheinen sich die Suizide seit 1984 stabilisiert zu haben, und zwar bei durchschnittlich 5 pro Jahr (STD=2).

Wir gehen allerdings davon aus, dass die Sterblichkeit in den Gefängnissen in diesen Ergebnissen unterschätzt wird, da sie nur den Strafvollzug betreffen und von den massgebenden Gefängnisbehörden erfasst werden. So ist anzunehmen, dass die Gefängnisbehörden wohl eher dazu neigen, die Todesfälle in den Strafanstalten zu reduzieren, indem sie beispielsweise einen Transfer ins Spital anordnen, wenn die Situation für den Gefangenen oder für die zuständige medizinische Instanz kritisch wird. Hinzu kommt, dass die Todesfallrate (insbesondere durch Suizid oder Überdosierung) in den Unter-

6.1 La mortalité en milieu carcéral

Sur la base de la statistique pénitentiaire suisse, entre 1984 et 1995, sur 162'784 sorties enregistrées par les services désignés, 213 concernent des décès (voir Tableau 5.1 en annexe). Si nous considérons uniquement l'année 1993, 28 décès (dont 11 overdoses et 6 suicides) ont été notifiés sur 13'731 sorties. Notons que 1993 est une année à prévalence forte. Pour cette année précise, le **taux de mortalité brut** parmi les détenus s'élève à 16% alors que ce même taux atteint 2,1% pour la population générale du même âge⁸⁶⁾. Or, l'**indice de mortalité standardisé** (IMS) en prison⁸⁷⁾, corrige quelque peu ce résultat en tenant compte de la structure par âge. Celui-ci se monte en effet à 759%, soit une mortalité près de 8 fois supérieure (pour les détenus en exécution des peines) par rapport à celle observée pour la population générale (voir Tableau 6 en annexe).

Par type de décès et sur l'ensemble de la période, la première cause est due aux overdoses (70 décès ou 33% des cas), devant les suicides (58 décès ou 27% des cas) et les «maladies» (43 morts (dont 5 concerne le Sida) soit 20% des cas). En dehors d'une rubrique «mort naturelle» (22 personnes ou 9% des cas), les autres causes de mortalité sont marginales (moins de 4%).

L'évolution indicée montre un accroissement du nombre de décès en régime d'exécution des peines dès le début des années 1990, en particulier des overdoses ainsi que des «maladies non spécifiées». Les suicides, quant à eux, semblent relativement stables depuis 1984 avec une moyenne de 5 par année (STD=2).

Cependant, nous pensons que ces résultats sous-évaluent la mortalité en prison car ils ne couvrent que le régime de l'exécution des peines et sont saisis par les services autorisés des prisons. A ce propos, les autorités pénitentiaires auront plutôt tendance à chercher à réduire le nombre de décès survenus dans le cadre des établissements pénitentiaires en optant, par exemple, pour un transfert en milieu hospitalier lorsque la situation devient critique pour le détenu ou le service médical responsable. Notons encore que les décès (en particulier liés aux suicides et aux overdoses), sont certainement plus importants dans les prisons préventives qu'en exécution des peines. Pour

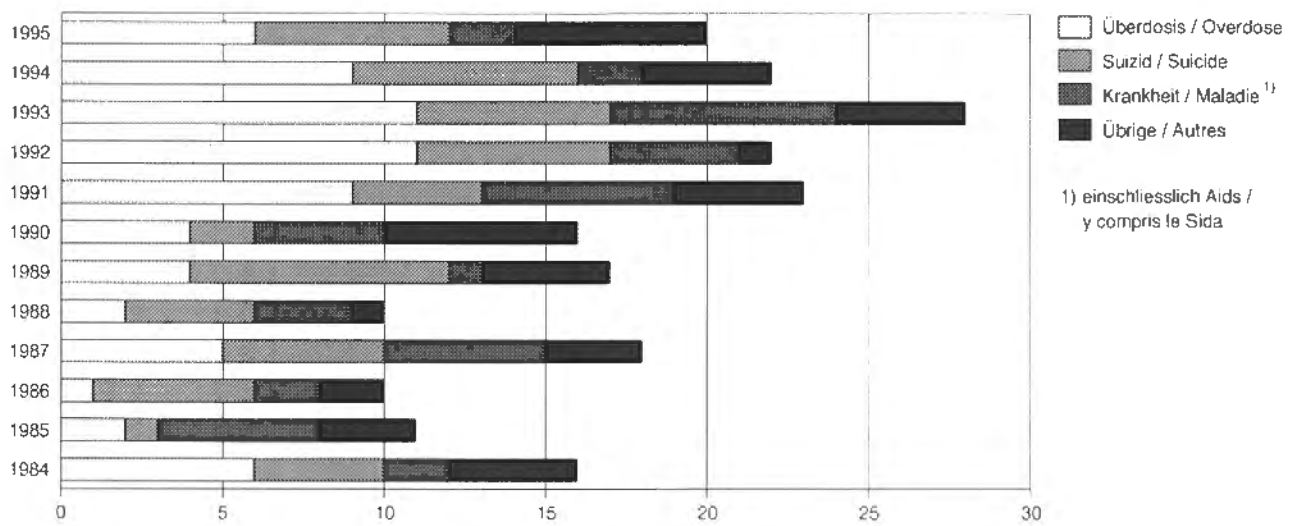
⁸⁶⁾ In den Gefängnissen: Durchschnitt der Todesfälle zwischen 1992 und 1994, geteilt durch die Anzahl Insassenjahre. Bei der Gesamtbevölkerung: Anzahl Todesfälle im Verhältnis zur gleichaltrigen Bevölkerung.

⁸⁷⁾ Ausgedrückt in Prozent und berechnet auf der Grundlage der Insassenjahre. Die Todesfallzahl bezieht sich auf den Durchschnitt der Jahre 1992-1994, um die ausserordentlich hohe Zahl von Todesfällen im Jahr 1993 zu korrigieren.

⁸⁸⁾ Dans les prisons: moyenne des décès observés entre 1992 et 1994, divisé par le nombre de détenus-année. Auprès de la population générale, nombre de décès observés par rapport à la population du même âge.

⁸⁹⁾ Exprimé en pour cent et calculé sur la base de la méthode des détenus-année. L'effectif des décès se réfère à la moyenne des années 1992-1994 afin de corriger le nombre exceptionnellement élevé de décès survenus en 1993 (voir Tableau 6 en annexe).

G4 Anzahl und Verteilung der Todesfälle nach Hauptursachen im Strafvollzug, 1984-1995
Effectif et distribution des décès selon la cause principale en exécution des peines, 1984-1995



© BFS / Quelle: Schweizerische Strafvollzugsstatistik

© OFS / Source: Statistique pénitentiaire suisse

suchungsgefängnissen sicher höher ist als im Strafvollzug. Für den Zeitraum 1975-1977 ermittelte Bernheim für die Gefängnisinsassen in der Schweiz eine Suizidrate von 4,7%, wobei diese Quote für die Gefangenen in Untersuchungshaft gar 8,5% erreichte⁸⁸⁾. Die Sterberate infolge von Suizid war somit 14mal höher als in der Gesamtbevölkerung (0,3%).

6.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen

Alle eingewiesenen Personen müssen sich beim Eintritt ins Gefängnis einer ärztlichen Kontrolle unterziehen. 88% der befragten Insassen konsultierten nach eigenen Angaben in den letzten 12 Monaten einen Arzt (76% der Gesamtbevölkerung; vgl. Tabelle 13).

Auf die Frage, **was für einen Arzt** sie konsultiert haben, nennt eine grosse Mehrheit (82%) den Allgemeinpraktiker. 5 von 195 Insassen zogen einen Psychiater bei (2,5%). Die wichtigsten **Gründe für den Arztbesuch**⁸⁹⁾ sind Verletzungen-Vergiftungen (18%, Privathaushalte: 6,9%), rheumatische Probleme (17%, Privathaushalte: 15%) und Erkrankungen der Atemwege (11%, Privathaushalte: 12%). Bei 2,5% der Insassen (N=5/195) hing die Arztkonsultation mit der Behandlung einer HIV-Infektion und

les années 1975-1977, Bernheim estimait le taux de suicide des détenus en Suisse à 4,7% et ce taux atteignait même 8,5% pour les prisonniers se trouvant en détention préventive⁸⁸⁾. Le taux de mortalité par suicide était ainsi 14 fois plus élevé que le taux observé pour la population générale (0,3%).

6.2 Le recours aux services de santé

Toute personne incarcérée doit passer une visite médicale lors de l'entrée en prison. Ainsi, 88% des détenus interviewés répondent avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois (76% auprès de la population; voir Tableau 13).

Quand on leur demande quel **type de médecin** ils ont consulté, la grande majorité des détenus déclarent un généraliste (82%). 5 détenus sur 195 ont fait appel à un psychiatre (2,5%). Les principaux **motifs de consultation**⁸⁹⁾ résultent de lésions-empoisonnement (18%, ménages privés: 6,9%), de problèmes rhumatismaux (17%, ménages privés: 15%) et de maladies respiratoires (11%, ménages privés: 12%). Nous observons que 2,5% des détenus (N=5/195) ont consulté le médecin pour un traitement en rapport avec l'infection par le VIH et 8% (N=16/195) pour cause

⁸⁸⁾ Bernheim, 1987. Zitiert in Liebling, Alison, *Suicides in prison*, London: Routledge, 1992, S. 26.

⁸⁹⁾ Kodierung gemäss ICD-10.

⁸⁸⁾ Bernheim, 1987. Cité dans Liebling, Alison, *Suicides in prison*, London: Routledge, 1992, p. 26.

⁸⁹⁾ Base: codes CIM-10.



Arztkonsultationen, Hospitalisierungen, Notfälle am Wochenende und Zufriedenheit mit den Dienstleistungen unter den Insassen, Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre) (in Prozent)

Consultations médicales, hospitalisations, urgences pendant le week-end et satisfaction des services auprès des détenus, comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans) (en pour-cent)

13* Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen und Zufriedenheit mit der Behandlung	Total		Männer / Hommes		Recours aux services de santé et satisfaction des soins
	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	
	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	
1a. Arztkonsultationen in den letzten 12 Monaten Ja	87,7	75,5	87,7	67,6	1a. Consultations médicales au cours des 12 derniers mois Oui
1b. Grund der letzten Arztkonsultation¹⁾					1b. Motif de la dernière consultation médicale¹⁾
Infektionskrankheit	7,6	2,7	(7,2)	3,0	Maladie infectieuse
Herz-Kreislauf-Krankheit	(1,6)	2,7	(1,7)	2,6	Maladie cardio-vasculaire
Erkrankung der Atemwege	(10,8)	12,3	(11,8)	14,0	Maladie des voies respiratoires
Krankheit des Verdauungstrakts	(4,8)	2,7	(5,2)	3,4	Maladie digestive
Verletzung oder Vergiftung	17,6	6,9	(18,5)	10,2	Lésion et empoisonnement
Rheumatische Krankheit	16,7	15,0	18,1	18,9	Maladie rhumatismale
Routine-Kontrolle	(10,5)	39,2	(7,9)	30,2	Contrôle de routine
Andere Krankheit(en)	30,5	18,6	29,6	17,6	Autre(s) maladie(s)
1c. Notfälle am Wochenende²⁾	(11,0)	4,5	8,0	4,2	1c. Urgences pendant le week-end²⁾
2a. Spitalaufenthalt in den letzten 12 Monaten					2a. Séjour à l'hôpital au cours des 12 derniers mois
1-14 Tage	16,4	9,3	(14,3)	7,2	1-14 jours
15 Tage und mehr	(6,0)	1,5	(4,4)	1,4	15 jours et plus
Kein Spitalaufenthalt	77,5	89,2	81,3	91,4	Aucun séjour
2b. Grund des letzten Spitalaufenthalts¹⁾					2b. Motif du dernier séjour à l'hôpital¹⁾
Infektionskrankheit	(5,1)	(2,2)	(6,1)	(2,6)	Maladie infectieuse
Herz-Kreislauf-Krankheit	-	6,7	-	8,4	Maladie cardio-vasculaire
Erkrankung der Atemwege	(5,9)	4,5	(7,9)	6,8	Maladie des voies respiratoires
Krankheit des Verdauungstrakts	(4,4)	8,0	(1,1)	12,4	Maladie digestive
Verletzung oder Vergiftung	(21,8)	12,2	(24,0)	20,9	Lésion et empoisonnement
Rheumatische Krankheit	(18,6)	17,6	(25,0)	25,3	Maladie rhumatismale
Routine-Kontrolle	(7,3)	6,7	(4,0)	(2,1)	Contrôle de routine
Andere Krankheit(en)	(36,9)	42,2	(32,0)	21,4	Autre(s) maladie(s)
3a. Zufriedenheit mit der Pflege durch das Krankenpflegepersonal					3a. Satisfaction des soins infirmiers
Sehr zufrieden und eher zufrieden	84,4	93,6	90,6	94,2	Très content et assez content
3b. Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung					3b. Satisfaction des soins médicaux
Sehr zufrieden und eher zufrieden	81,6	91,7	77,1	90,5	Très content et assez content

¹⁾ Zusammenfassung aufgrund des Klassifikationssystems der Krankheiten ICD-10.
Regroupement sur la base du système de codification des maladies CIM-10.

²⁾ Antwort auf die Frage: «Haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate einen Notfallarzt am Wochenende gebraucht?».
Réponse à la question: «Avez-vous dû appeler un médecin d'urgence pendant le week-end au cours des 12 derniers mois?».

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/1993

bei 8% (N=16/195) mit einer Drogenabhängigkeit zusammen. Der letztgenannte Grund ist auch für 17% der Hospitalisierungen (N=8/48) von Gefangenen verantwortlich, wogegen er in der Gesamtbevölkerung äusserst rar (N=1) und in der Stichprobe kein entsprechender Hospitalisierungsfall zu verzeichnen ist.

In den 12 Monaten vor der Befragung mussten **23% der inhaftierten Personen hospitalisiert** werden (Frauen: 63%, N=13/29). Dieser Prozentsatz ist doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung, 11% der 18-60jährigen Bevölkerung «draussen» sind von einer Hospitalisierung betroffen (13% Frauen und 9% Männer). Was die Aufenthaltsdauer betrifft, so waren 6% der Gefangenen länger als 15 Tage hospitalisiert (1,5% der Bevölkerung). Ausserdem benötigten über 8% der Insassen nach eigenen Angaben **einen Notfallarzt** am Wochenende (Privathaushalte: 4,5%). Dieser Prozentsatz macht deutlich, dass es in den Gefängnissen Gesundheitsprobleme gibt, die eine notfallmässige Behandlung erfordern.

6.3 Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung und den Pflegedienstleistungen

Die grosse Mehrheit der Insassen im Alter von 18 bis 60 Jahren ist offenbar zufrieden mit der ärztlichen Behandlung und den Pflegedienstleistungen im Gefängnis (vgl. Tabelle 13). Auf die Frage «*waren Sie zufrieden oder unzufrieden mit der Pflege durch das Krankenpflegepersonal im Spital*», antworteten 81% mit «*eher zufrieden*» oder gar «*sehr zufrieden*» (Gesamtbevölkerung: 94%). Andererseits ist der Grad der Zufriedenheit mit der **ärztlichen Behandlung** in den Gefängnissen weniger hoch (72%), während er «*draussen*» ebenfalls gut ist (92%).

Mit zunehmendem Alter steigt in den Strafanstalten die Zufriedenheit mit den Pflegedienstleistungen ebenso wie mit der ärztlichen Behandlung. 81% der 18-24jährigen und über 94% der älteren Insassen sind nach eigenen Angaben «*eher zufrieden*» oder sogar «*sehr zufrieden*» mit den Pflegedienstleistungen. Die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung beträgt bei den 18-24jährigen 63% und bei den älteren Insassen über 95%⁹⁰⁾. Die Bildung spielt dabei ebenfalls eine Rolle, indem weniger gebildete Personen eher die Tendenz haben, sich über die Qualität der gebotenen Leistungen zu beklagen, als Personen mit einer besseren Ausbildung. Mit den Pflegeleistungen im Gefängnis sind 81% der Insassen «*sehr zufrieden*» oder «*eher zufrieden*», die lediglich über einen obliga-

de dépendance à l'égard des drogues. Ce dernier motif représente aussi 17% des hospitalisations de détenus (N=8/48) alors que celui-ci est extrêmement rare auprès de la population (N=1) et qu'aucune hospitalisation y relative n'a été reportée dans l'échantillon.

En outre, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, **23% des personnes privées de liberté ont dû être hospitalisées** (femmes: 63%, N=13/29). Ce taux est deux fois plus élevé qu'auprès de la population générale. En effet, «*extra muros*», l'hospitalisation touche 11% de la population âgée de 18 à 60 ans (13% chez les femmes et 9% chez les hommes). En terme de durée du séjour, parmi les détenus, 6% ont été hospitalisés pour une période supérieure à 15 jours (1,5% auprès de la population). D'autre part, plus de 8% des prisonniers déclarent avoir eu **recours d'urgence à un médecin** pendant le week-end (ménages privés: 4,5%). Ce pourcentage indique qu'il y a des problèmes de santé nécessitant un traitement urgent dans les prisons.

6.3 Satisfaction des soins infirmiers et médicaux

La grande majorité des détenus âgés de 18 à 60 ans semblent satisfaits des soins infirmiers et médicaux prodigués au sein des prisons (voir Tableau 13). A la question «*étiez-vous content(e) ou mécontent(e) des soins infirmiers dans l'hôpital?*», 81% répondent «*plutôt contents*» voire «*très contents*» (94% auprès de la population). Le degré de satisfaction pour **soins médicaux** prodigués est par contre moins élevé auprès des détenus (72%) alors qu'il reste bon hors institution (92%).

Autant pour les soins infirmiers que pour les soins médicaux, la satisfaction augmente avec l'âge dans les prisons. En effet, 81% des détenus âgés de 18 à 24 ans et plus de 94% des détenus plus âgés se déclarent «*assez contents*» voire «*très contents*» des soins infirmiers. Pour les soins médicaux, le degré de satisfaction atteint 63% auprès des 18 à 24 ans et plus de 95% auprès des détenus plus âgés⁹⁰⁾. La formation joue également un rôle en prison. Ainsi, les personnes moins bien formées ont-elles plus tendance à se plaindre que les personnes jouissant d'une meilleure formation, de la qualité des services prodigués. Pour les soins infirmiers, nous trouvons 81% de satisfaits chez les détenus n'ayant pas de formation supérieure à l'école obligatoire contre 98% pour les formations supérieures. Pour les soins médicaux, 76% des

⁹⁰⁾ In der breiten Bevölkerung scheint das Alter keine derart wichtige Rolle zu spielen (Pflegedienstleistungen 18-24jährige: 92%; 25-39: 91%; 40-60: 97%; ärztliche Behandlung 18-24: 85%; 25-39: 89%; 40-60: 94%).

⁹⁰⁾ Auprès de la population générale, l'âge ne semble pas jouer un rôle aussi important (soins infirmiers 18-24: 92%; 25-39: 91%; 40-60: 97%; soins médicaux 18-24: 85%; 25-39: 89%; 40-60: 94%).

torischen Schulabschluss verfügen, gegenüber 98% der Insassen mit einer höheren Ausbildung. Mit der ärztlichen Behandlung sind 76% der Insassen ohne weiterführende Ausbildung *«sehr zufrieden»* oder *«eher zufrieden»*, im Vergleich zu 95% der besser Gebildeten. Kein signifikanter Unterschied ergibt sich nach der Nationalität. Als kleiner Anhaltspunkt für seine Tätigkeit mag die Tatsache dienen, dass der Sanitätsdienst von Champ-Dollon Mitte der 70er Jahre jeden Tag von etwas mehr als einem Drittel der Insassen konsultiert wurde⁹¹⁾.

7 Internationale Vergleiche

7.1 Gefängnisinsassen in der Schweiz: eine spezielle Population?

Die Schweiz wies 1993 eine Einweisungsquote von **81 pro 100'000 Einwohner**⁹²⁾ auf. Sie lag damit deutlich unter den osteuropäischen Ländern (160 in Polen, 165 in der Tschechien usw.) und vor allem den USA (529), aber etwa gleichauf mit Deutschland (81), Frankreich (88), England und Wales (89) sowie Italien (89). Der Anteil der **Insassen unter 21 Jahren** war einer der niedrigsten (2,9%); in Italien betrug dieser 5%, in Frankreich 10% und in Irland erreichte er mit 33% einen Höchstwert. Dagegen weist sie mit 6,1% einen der höchsten **Frauenanteile** auf, verglichen beispielsweise mit knapp 4% in Frankreich und Deutschland. Lediglich in Spanien (9,4%) und den USA (7,4%) werden prozentual mehr Frauen eingewiesen.

Ebenfalls 1993 waren in den schweizerischen Gefängnissen 92 von 100 verfügbaren Plätzen besetzt, während in Belgien (125), Frankreich (111) und vor allem in den südeuropäischen Ländern (Griechenland: 160; Portugal: 150; Italien: 135, Spanien: 127) Überbelegung herrschte. Deutschland (94), England und Wales (97) wiesen ähnliche Auslastungsquoten auf wie die Schweiz.

Anzufügen ist, dass die Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern in verschiedener Hinsicht eine besondere Stellung einnimmt.

Erstens verfügt das schweizerische Strafvollzugssystem im internationalen Vergleich *«grosso modo»* über eine Infrastruktur sowie eine **medizinische und paramedizinische Betreuung von guter Qualität**. Die

détenus sans formation particulière se déclarent *«très contents»* ou *«assez contents»* contre 95% parmi les prisonniers mieux formés. Aucune différence significative n'est relevé selon la nationalité. Pour ne donner qu'un simple aperçu de son activité, l'infirmier de Champ-Dollon recevait, au milieu des années 1970, un peu plus d'un tiers des détenus par jour en consultation⁹¹⁾.

7 Comparaisons internationales

7.1 La population incarcérée en Suisse: une population spécifique?

En 1993, la Suisse avait un taux d'emprisonnement de **81 pour 100'000 habitants**⁹²⁾. Elle se situait ainsi bien en dessous des pays de l'est (160 en Pologne, 165 en République tchèque etc.) et surtout des Etats-Unis (529). Elle se trouvait par contre au même niveau que l'Allemagne (81), la France (88), l'Angleterre et le Pays de Galles (89) et l'Italie (89). Le taux de **détenus âgés de moins de 21 ans** y était parmi le moins important (2,9%) alors que celui-ci était de 5% en Italie, 10% en France et un maximum de 33% en Irlande. Par contre, la **part des femmes** figurait parmi les plus fortes avec 6,1% contre guère plus de 4% en France et en Allemagne. Seuls l'Espagne (9,4%) et les Etats-Unis (7,4%) obtenaient des pourcentages plus élevés.

Toujours en 1993, pour 100 places disponibles en milieu carcéral, 92 étaient occupées en Suisse alors que la surpopulation caractérisait la Belgique (125), la France (111) et surtout les pays du sud de l'Europe (Grèce: 160; Portugal: 150; Italie: 135, Espagne: 127). L'Allemagne (94), l'Angleterre et le Pays de Galles (97) obtenaient des taux d'occupation très similaires à la Suisse.

En outre, il est important de rappeler que la Suisse occupe une situation quelque peu spécifique en comparaison d'autres pays.

Premièrement, le système carcéral suisse jouit *«grosso modo»* d'un parc pénitentiaire et d'un **encadrement médical et paramédical de bonne qualité** en comparaison internationale. Ses prisons sont très rarement sur-occupées. De plus, le plus grand complexe carcé-

⁹¹⁾ Montandon-Crettaz, 1981.

⁹²⁾ Stand Ende September 1993. Quelle: Council of Europe, S. PACE 93.1 and international contacts. Zitiert in «Conference newsletter» der First international conference on Healthy prisons, Liverpool, 27. März 1996.

⁹¹⁾ Montandon-Crettaz, 1981.

⁹²⁾ Etat au mois de septembre 1993. Source: Council of Europe, S. PACE 93.1 and international contacts. Cité dans «Conference newsletter» de la First international conference on Healthy prisons, Liverpool, 27 mars 1996.

Gefängnisse sind sehr selten überbelegt. Überdies zählt die grösste Strafanstalt der Schweiz, die im Kanton Zürich⁹³⁾ liegt, rund 350 Insassen, wobei der durchschnittliche Insassenbestand pro Anstalt 1993 bei 86⁹⁴⁾ lag. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich also um kleinere Anstalten, «mit menschlichen Dimensionen». Dies muss betont werden, wenn man bedenkt, dass gewisse englische, spanische, italienische, französische und deutsche, und vor allem amerikanische Gefängnisse in einem Komplex bis zu 1000 Insassen⁹⁵⁾ aufnehmen können.

Zweitens sind die schweizerischen Gefängnisse durch die **starke Präsenz von i.v. Drogenabhängigen** (25-70%) gekennzeichnet⁹⁶⁾, gleich hinter den USA (40-80%), aber ungefähr gleichauf mit Kanada (30-50%), Australien (36-46%), Spanien (44%), Italien (19-32%) und Schottland (18-28%)⁹⁷⁾. Zu den Konsequenzen der starken Präsenz von Drogenabhängigen in den schweizerischen Gefängnissen gehört die Prävalenz des HIV. In dieser Hinsicht nimmt die Schweiz einen Spitzenplatz ein. Neueste Schätzungen schwanken zwischen 2 und 10%⁹⁸⁾, womit sie direkt hinter Italien (13,4-13,6%), den Gefängnissen gewisser amerikanischer Bundesstaaten (Maryland: 7% bei den Männern und 15,4% bei den Frauen; sowie New York: 17% bei den Männern) und Spanien (20,6-28,4%) liegt. In Deutschland sind laut offiziellen Angaben für 1993-1994 zwischen 0,12% und 2,8% der Männer und zwischen 0,48% und 8% der Frauen vom HIV betroffen⁹⁹⁾. In Frankreich scheint sich die HIV-Infektionsrate der Gefängnisinsassen um 2,3% stabilisiert zu haben¹⁰⁰⁾.

Drittens verfügt die Schweiz europaweit über einen der höchsten **Ausländeranteile unter den Insassen**. Ein Viertel des Bestands sind hier wohnhafte (mehr oder weniger gut ins gesellschaftliche Gefüge integrierte) Ausländer und ein Fünftel solche ohne Wohnsitz in der Schweiz. Die ausländischen Insassen ohne Wohnsitz verursachen zahlreiche Probleme im Bereich der Kommunikation (Sprachen) und der kulturellen Integration. Diese Gruppe verbüsst in der Regel längere Strafen als die in der Schweiz wohnhaften ausländischen Insassen.

ral suisse, situé dans le canton de Zürich⁹³⁾, compte environ 350 détenus. Le nombre moyen de prisonniers par établissement se situait à 86 en 1993⁹⁴⁾. Donc, dans la majorité des cas, nous trouvons des établissements de petite taille, «à dimension humaine». Ceci mérite d'être rappelé lorsque l'on sait que certaines prisons anglaises, espagnoles, italiennes, françaises et allemandes, ou encore plus américaines, peuvent accueillir jusqu'à 1000 détenus⁹⁵⁾ au sein des mêmes murs.

Deuxièmement, les prisons helvétiques se caractérisent par une **forte présence de toxicomanes i.v.** (25-70%)⁹⁶⁾, juste derrière les Etats-Unis (40-80%), mais à peu près au même niveau que le Canada (30-50%), l'Australie (36-46%), l'Espagne (44%), l'Italie (19-32%) et l'Ecosse (18-28%)⁹⁷⁾. Une des conséquences de la forte présence des toxicomanes dans les prisons suisses se lit à travers les données de prévalence du VIH. Dans ce contexte, la Suisse se retrouve dans le peloton de tête. Les estimations les plus récentes varient en effet entre 2 et 10%⁹⁸⁾ et place ce pays juste derrière l'Italie (13,4-13,6%), les prisons de certains Etats américains (Maryland: 7% pour les hommes et 15,4% parmi les femmes; et New York: 17% chez les hommes) et l'Espagne (20,6-28,4%). En Allemagne, selon des données officielles datant de 1993-1994, le VIH touchait entre 0,12% et 2,8% des hommes et entre 0,48% et 8% des femmes⁹⁹⁾. Pour la France, l'infection par le VIH parmi les prisonniers semble s'être stabilisée autour de 2,3%¹⁰⁰⁾.

Troisièmement, la Suisse possède un des plus fort taux européen de **détenus de nationalité étrangère**. Parmi eux, l'on recense un quart de résidents (plus ou moins bien intégrés dans le tissu social) et un cinquième de non-résidents. La population étrangère non-résidente, surtout, pose de nombreux problèmes au niveau des modes de communication (langues) ainsi qu'au niveau de l'intégration culturelle. Cette population est soumise à des peines généralement plus longues que la population établie en Suisse d'origine étrangère.

⁹³⁾ Jene von Pöschwies in Regensdorf.

⁹⁴⁾ Grundlage: SGB-I 1993.

⁹⁵⁾ Und manchmal mehrere Tausend.

⁹⁶⁾ Aufgrund unserer Befragung in den Gefängnissen geben nur 20% der Konsumenten harter Drogen zu, den Stoff zu spritzen.

⁹⁷⁾ Genannt werden hier nur die wichtigsten Länder, für die uns zuverlässige Daten zur Verfügung stehen. Quelle: Hindelbank, «Kurzbericht über die Evaluation», 1995, S.1.

⁹⁸⁾ Zeegers-Paget, 1996.

⁹⁹⁾ Stöver et al., 1996.

¹⁰⁰⁾ Health in prisons project. Paper presented to the Lisbon meeting, Lissabon: WHO, 1996.

⁹³⁾ Celui de Pöschwies situé à Regensdorf.

⁹⁴⁾ Base: ESS-I 1993.

⁹⁵⁾ Et parfois plusieurs milliers.

⁹⁶⁾ Sur la base de notre enquête menée dans les prisons, seuls 20% des consommateurs de drogues dures avouent se l'injecter.

⁹⁷⁾ Ne sont cités ici que les principaux pays pour lesquels nous disposons de données fiables. Source: Hindelbank, «Rapport succinct des résultats de l'évaluation», 1995, p.1.

⁹⁸⁾ Zeegers-Paget, 1996.

⁹⁹⁾ Stöver et al., 1996.

¹⁰⁰⁾ Health in prisons project. Paper presented to the Lisbon meeting, Lisbonne: OMS, 1996.

7.2 Vergleiche bezüglich des Konsums von suchtfördernden Substanzen

Ein Vergleich der Ergebnisse der Befragung in den schweizerischen Gefängnissen mit jenen einer ähnlichen Umfrage in den **englischen Gefängnissen** aus dem Jahr 1994¹⁰¹⁾ zeigt, dass der Konsum gewisser Drogen wie Medikamente oder illegaler Drogen in den schweizerischen Gefängnissen höher ist als in den englischen (46% in der Schweiz, gegenüber 30% in England für den Medikamentenkonsument der Männer und 81% gegenüber 63% für den früheren illegalen Drogenkonsum; vgl. Tabelle 14). Der Tabakkonsum ist praktisch identisch (83% bzw. 81%).

Bei der Gesamtbevölkerung ist der Raucheranteil in der Schweiz und in England etwa gleich hoch (40% und 38%), während eine im Auftrag der amerikanischen Regierung durchgeführte Erhebung aus dem Jahr 1992¹⁰²⁾ deutlich niedrigere Resultate zutage förderte (für die beiden Geschlechter, Schweiz: 35% und USA 26%). Die Anti-Raucher-Kampagnen in Übersee scheinen demnach Früchte zu tragen.

Obschon die Schweiz ein Land mit starker Prävalenz im Bereich der illegalen Drogen ist, haben in den **USA** mehr Personen Erfahrung mit Drogen wie Haschisch (Lebenszeitprävalenz 33% gegenüber 17% in der Schweiz) und vor allem harten Drogen (20% in Übersee und 5% in der Schweiz). Nach Art der **harten Drogen** betrachtet, scheinen Erfahrungen mit Kokain in den USA häufiger zu sein als jene mit Heroin (Prävalenz: 11%, gegenüber rund 1% für Heroin). Ähnliche Ergebnisse sind in der Schweiz festzustellen, allerdings bei deutlich tieferen Prozentsätzen (rund 3% für Kokain und rund 1% für Heroin).

In Frankreich nehmen 68% der Drogenabhängigen, die in den «Antennes-toxicomanies» einsitzen und mindestens einmal pro Woche Drogen konsumieren, Heroin, 11% Kokain, 31% Cannabis, 13% Medikamente und 9% Alkohol. Diese Situation für die Jahre 1989/90 zeigt, dass Heroin in 78% der Fälle das Hauptprodukt ist, weit vor dem Kokain (11%)¹⁰³⁾. Was die Art des Konsums betrifft, so haben laut einer Umfrage über die Risikofaktoren im Gefängnis *les Baumettes* (Marseille)¹⁰⁴⁾ 20% der befragten Personen Drogen auf intravenösem Weg konsumiert (hauptsächlich Heroin, N=84) und 51% meldeten Fälle von Spritzenaustausch vor der Einweisung. Von

7.2 Comparaisons quant à la consommation de substances pouvant induire une dépendance

En comparant les résultats de l'enquête menée dans les prisons suisses avec ceux d'une enquête semblable menée dans **les prisons anglaises** en 1994¹⁰¹⁾, nous remarquons que l'utilisation de certaines drogues telles que les médicaments ou les drogues illicites est supérieure dans le milieu pénitentiaire suisse par rapport aux prisons anglaises (46% en Suisse contre 30% au Royaume-Uni pour la consommation masculine de médicaments et 81% contre 63% pour la consommation passée de drogues illicites; voir Tableau 14). La consommation de tabac est pratiquement identique (83% contre 81%).

Pour la population générale, la part des fumeurs est à peu près égale entre la Suisse et l'Angleterre (40% et 38%) alors qu'une enquête menée pour le compte du gouvernement américain en 1992¹⁰²⁾ fournit des résultats nettement moins élevés (Suisse: 35% et USA: 26%, total pour les deux sexes). A ce propos, les campagnes antitabac menées outre-Atlantique semblent avoir porté leurs fruits.

Pour les drogues illicites, tenant compte que la Suisse est un pays à forte prévalence, **les Etats-Unis** comptent malgré tout davantage de personnes ayant une expérience avec des drogues telles que le haschisch (prévalence de vie de 33% contre 17% en Suisse) et surtout de drogues dures (20% outre-Atlantique et 5% en Suisse). Par type de **drogues dures**, l'expérience de la cocaïne semble supérieure à celle de l'héroïne aux Etats-Unis (prévalence: 11%, contre environ 1% pour l'héroïne). Des résultats similaires sont observés en Suisse mais avec des taux nettement moins élevés pour la cocaïne (environ 3% pour la cocaïne et environ 1% pour l'héroïne).

En France, parmi les toxicomanes incarcérés dans les «antennes-toxicomanies» utilisant des drogues au moins une fois par semaine, 68% consomment de l'héroïne, 11% de la cocaïne, 31% du cannabis, 13% des médicaments et 9% de l'alcool. Cette situation valable pour les années 1989/90 montre que dans 78% des cas, le produit principal est l'héroïne, loin devant la cocaïne (11%)¹⁰³⁾. Quant au mode de consommation, selon une enquête portant sur les facteurs de risque dans la prison des Baumettes (Marseille)¹⁰⁴⁾, 20% des personnes interrogées déclarent avoir consommé de la drogue par voie intraveineuse (héroïne principalement; N=84). 51% ont rapporté des cas

¹⁰¹⁾ Bridgwood, Malborn, 1995.

¹⁰²⁾ «Survey on drug abuse», NHSDA, 1993.

¹⁰³⁾ Facy, INSERM, 1990.

¹⁰⁴⁾ Befragung von 432 Insassen.

¹⁰¹⁾ Bridgwood, Malborn, 1995.

¹⁰²⁾ «Survey on drug abuse», NHSDA, 1993.

¹⁰³⁾ Facy, INSERM, 1990.

¹⁰⁴⁾ Enquête menée auprès de 432 détenus.

**Konsum von suchtfördernden Substanzen,
Vergleich mit anderen Statistiken auf internationale Ebene (in Prozent)**

**Consommation de substances pouvant induire une dépendance,
comparaison avec d'autres statistiques au niveau international (en pour-cent)**

14* Konsum von suchtfördernden Substanzen	Erhebungstyp / Type d'enquête							Consommation de substances pouvant induire une dépendance
	Schweizerische Gesundheitsbefragung (18-39 Jahre) Enquête suisse sur la santé (18-39 ans)				Englische Gesundheitsbefragung (16-49 Jahre) Enquête anglaise sur la santé (16-49 ans)		Amerikanische Drogenbefragung (12 Jahre und mehr) Enquête américaine sur les abus relatifs aux drogues (12 ans et plus)	
	Total		Männer / Hommes		Männer / Hommes		Total	
	Insassen 1993 (CH)	Gesamtbev. 1992/93 (CH)	Insassen 1993 (CH)	Gesamtbev. 1992/93 (CH)	Insassen 1993 (UK)	Gesamtbev. 1992/93 (UK)	Gesamtbev. 1992/93 (USA)	
Détenus 1993 (CH)	Pop. générale 1992/93 (CH)	Détenus 1993 (CH)	Pop. générale 1992/93 (CH)	Détenus 1993 (UK)	Pop. générale 1992/93 (UK)	Pop. générale 1992/93 (USA)		
Tabak Raucher	84	35	83	40	81	38	26	Tabac Fumeurs
Medikamente Ja¹⁾	51	25	46	24	30	19	...	Médicaments Oui¹⁾
Alle illegalen Drogen Lebenszeitprävalenz²⁾	83	17	81	23	63	...	36	Toutes drogues illicites Prévalence de vie²⁾
Haschisch / Marihuana Lebenszeitprävalenz²⁾	79	17	78	22	...	...	33	Haschisch / marijuana Prévalence de vie²⁾
«Harte Drogen» Lebenszeitprävalenz²⁾	73	5	71	6	...	...	20	«Drogues dures» Prévalence de vie²⁾
Heroin Lebenszeitprävalenz²⁾	62	1	59	2	...	...	1	Héroïne Prévalence de vie²⁾
Kokain Lebenszeitprävalenz²⁾	60	3	59	4	...	...	11	Cocaïne Prévalence de vie²⁾

¹⁾ Für die Schweiz, in den letzten 7 Tagen; für England, hat nach eigenen Angaben mindestens ein Medikament genommen.
Pour la Suisse, dans les 7 derniers jours; pour l'Angleterre, déclarant avoir pris au moins un médicament (sans précision).

²⁾ Hat einmal im Leben genommen (Antwort auf die Frage: «Haben Sie schon einmal ... genommen?»).
A consommé une fois dans la vie (réponse à la question: «Avez-vous déjà consommé?»).

N.B. Prozentangaben auf Ganze gerundet / Tous les pourcentages ont été arrondis à l'unité.

Quellen / Sources:

- England & Wales: Survey of the physical health of the prisoners - preliminary findings, Office of Population Census and Survey (OPCS, UK), Social Survey division, 1995.
- Vereinigten Staaten: Preliminary estimates from the 1993 national household survey on drug abuse (NHSDA), U.S. Department of Health and Human Services: Public Health Service, 1994.
- Schweiz / Suisse: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992-1993 / Enquête suisse sur la santé 1992-1993.

diesen waren 10,9% (VI 7,7-14,2) HIV+, wobei die Prävalenz des Virus unter den Wiederholungstätern erhöht war (19,9% gegenüber 4,4% bei den Erstmaligen)¹⁰⁵⁾. Der intravenöse Konsum ist somit etwa gleich verbreitet wie in der Schweiz (20,3%).

d'échanges de seringues avant l'incarcération. Parmi ceux-ci, 10,9% (IC 7,7-14,2) étaient VIH+ et la prévalence du virus était plus élevée parmi les récidivistes (19,9% contre 4,4% pour les primaires)¹⁰⁵⁾. Notons que le mode de consommation i.v. est très similaire à celui observé pour la Suisse (20,3%).

¹⁰⁵⁾ Rotily et al., 1994.

¹⁰⁵⁾ Rotily et al., 1994.



8 Schlussbemerkungen

Die Ergebnisse, die im vorliegenden Bericht präsentiert wurden, zeigen insgesamt, dass der körperliche und psychische Gesundheitszustand der Gefängnisinsassen deutlich weniger gut ist als jener der Gesamtbevölkerung. Zudem ist das Sterberisiko der eingewiesenen Personen nahezu achtmal grösser als jenes der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung¹⁰⁶⁾.

Die erhöhte Krankheitshäufigkeit und die Übersterblichkeit sind auch auf die **soziodemographischen Besonderheiten** zurückzuführen. Der Insassenbestand in der Schweiz setzt sich, wie überall, zum grössten Teil aus Männern (92%), jüngeren (85% sind unter 40) und weniger gebildeten Personen zusammen (41% haben keine nachobligatorische Ausbildung). Diese Population neigt denn auch in signifikant höherem Mass zu Drogenmissbrauch, Delinquenz und Rückfälligkeit als andere Bevölkerungsgruppen.

In bezug auf den **Gesundheitszustand** stellte sich aufgrund der Schweizerischen Gesundheitsbefragung heraus, dass jeder sechste Gefangene psychische Störungen aufweist, dass vier von zehn täglich oder fast jeden Tag niedergeschlagen sind und dass die Hälfte starke Krankheitssymptome aufweist. 14% leiden zudem unter chronischer Bronchitis und 12% unter Asthma. Zusammen mit Müller und Fahrenkrug sind wir daher der Ansicht, dass die medizinische und sanitäre Betreuung in den Gefängnissen einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Insassen leisten kann, vor allem bei den Drogenabhängigen in den ersten Wochen nach ihrer Einweisung¹⁰⁷⁾.

An **gesundheitsfördernden Faktoren** fehlt es auch hinter Schloss und Riegel nicht¹⁰⁸⁾. Nur wenige Insassen üben gar keine Tätigkeit (körperliche Betätigung oder Arbeit) aus, und die grosse Mehrheit hat nach eigenen Angaben die Möglichkeit, sich während der ganzen Woche gesund zu ernähren. Die Bedingungen für die Wahrung eines psychischen bzw. psychosomatischen Gleichgewichts sind aber offenbar nicht gegeben: so bedauern 6 von 10 Insassen keine Vertrauensperson zu haben.

8 Conclusion

L'ensemble des résultats présentés dans ce rapport soulignent que l'état de santé - autant physique que psychique - est nettement moins bon parmi les détenus par rapport à la population générale. De plus, un individu incarcéré a près de 8 fois plus de risques de décéder qu'en a la population générale du même âge¹⁰⁶⁾.

Or, cette sur-morbidité et cette surmortalité s'expliquent aussi par les **spécificités socio-démographiques**. En Suisse, la population incarcérée se compose comme partout ailleurs d'une grande majorité d'hommes (92%), de jeunes (85% ont moins de 40 ans) et de personnes peu formées (41% n'ont pas obtenu de formation supérieure à la scolarité obligatoire). C'est aussi parmi cette population que la prévalence d'abus de drogues, la délinquance et la récidive sont significativement plus élevées qu'auprès des autres types de population.

Quant à **l'état de santé**, nous remarquons - sur la base de l'enquête suisse sur la santé -, qu'un détenu sur six est psychologiquement perturbé, que quatre sur dix sont tous les jours ou presque tous les jours dépressifs et que la moitié est touchée par de forts symptômes de maladies. De plus, 14% souffrent de bronchites chroniques et 12% d'asthme. Or, nous pensons comme Müller et Fahrenkrug que la prise en charge médicale et hygiénique dans les prisons peut contribuer à améliorer l'état de santé des prisonniers, en particulier pendant les premières semaines pour les toxicomanes¹⁰⁷⁾.

Les **facteurs de promotion de la santé** sont bien présents en milieu clos¹⁰⁸⁾. En effet, peu de détenus déclarent ne faire aucune activité (physique ou travail) et la grande majorité reconnaît avoir la possibilité de s'alimenter sept jours sur sept de manière saine. Mais les conditions requises pour le maintien d'un équilibre psychique ou psychosomatique apparaissent comme insuffisantes: par exemple, plus de six détenus sur 10 regrettent ne pas avoir de personnes de confiance.

¹⁰⁶⁾ In unserem Fall die 18-60jährigen.

¹⁰⁷⁾ «Prävention und Betreuung der Drogenkonsumenten», in: *Illegale Drogen in der Schweiz 1990-1993 (Die Lage in den Kantonen und in der Schweiz)*, Zürich: Seismo, 1995, S. 97-148. Andererseits stimmt es, dass der bei den Gefängnisinsassen festgestellte schlechte Gesundheitszustand zweifellos unter den Werten liegt, die bei Schwerabhängigen beobachtet werden können, welche nicht in einer heilpsychiatrischen Einrichtung betreut werden.

¹⁰⁸⁾ Obschon die Erreichung eines gewissen Alters und eine gute soziale und wirtschaftliche Integration immer noch die beste Prophylaxe darstellen.

¹⁰⁶⁾ 18 à 60 ans dans notre cas.

¹⁰⁷⁾ «Prévention et prise en charge des consommateurs de drogues», in: *Drogues illégales en Suisse 1990-1993 (La situation dans les cantons et en Suisse)*, Zürich: Seismo, 1995, pp. 97-148. D'autre part, il est vrai que ce mauvais état de santé observé auprès des personnes incarcérées se situe certainement en-dessous des valeurs qui pourraient être observées pour les toxicomanes chroniques non pris en charge par une institution psychosomatique.

¹⁰⁸⁾ Même si le fait d'avoir dépassé un certain âge et de jouir d'une bonne intégration sociale et économique représentent la meilleure prophylaxie.

Hinsichtlich der Gesundheitsrisiken stellte sich heraus, dass der Konsum aller Arten von Drogen unter den Insassen weit verbreitet ist. Die Folgerisiken während der Haft dürfen daher keineswegs unterschätzt werden (ungünstiges Umfeld). Allerdings gilt es im Bereich des Konsums suchtfördernder Substanzen klar zwischen «legalen Drogen» und «illegalen Drogen» zu unterscheiden. Spitzenreiter unter den legalen Drogen ist **das Rauchen**, dem in den Gefängnissen praktisch alle Insassen frönen (84%), 62% der Zigarettenraucher geben an, mehr als ein Paket pro Tag zu konsumieren. In Freiheit ist die «Quit rate» im Verhältnis zur Bevölkerung siebenmal häufiger als im Gefängnis. Überdies darf angenommen werden, dass der Tabak während der Dauer der Einweisung zunimmt.

Der Konsum von Medikamenten, insbesondere von Psychopharmaka (Schlaf- und Beruhigungsmittel), ist in den Gefängnissen ebenfalls weit verbreitet; dies ist in Verbindung mit dem psychologischen Druck infolge der Freiheitsberaubung und Isolierung zu sehen. Zwischen dem schlechten Gesundheitszustand der Insassen und dem Konsum von Psychopharmaka ist übrigens ein Zusammenhang auszumachen. Die Einnahme von Schlafmitteln ist vor allem unter den Konsumenten harter Drogen¹⁰⁹⁾ sehr gebräuchlich. Beruhigungsmittel wiederum werden sehr oft von Leuten eingenommen, die nach eigenen Angaben niedergeschlagen sind. Bei der Errichtung von Präventionsprogrammen für die Gesamtbevölkerung im Bereich des Tabak- und Medikamentenkonsums, sollten deshalb auch die Strafgefangenen davon profitieren können.

Obschon der **Alkohol** wegen des entsprechenden Verbots in den Gefängnissen anscheinend keine Probleme verursacht, ist damit nicht gesagt, dass er nicht einen Risikofaktor für die Gesundheit darstellt und der Delinquenz Vorschub leistet. Betrachtet man ausschliesslich die Insassen mit einem schlechtem körperlichen und psychischen Gesundheitszustand, so stellt sich heraus, dass die meisten davon eine Alkoholvergangenheit hatten. Abgesehen von den Depressionen gilt der Alkohol aber auch als eine der zuverlässigsten Nebendiagnosen in bezug auf das Suizidrisiko. Es ist denn auch kein Zufall, wenn sechs der sechsenddreissig Ziele des Programms «Gesundheit für alle»¹¹⁰⁾ das Problem Alkohol explizit erwähnen.

Was die «illegalen Drogen» betrifft, so gestaltet sich die Beurteilung schwieriger.

Au niveau des risques pour la santé, nous avons observé que la consommation de tous les genres de drogues est générale auprès des prisonniers. Donc les risques d'incidence en période de détention sont loin d'être négligeables (milieu défavorable). Or, au niveau de la consommation de substances pouvant induire une dépendance, il faut bien distinguer les «drogues licites» des «drogues illicites». Parmi les drogues licites, **le tabagisme** en milieu carcéral touche pratiquement tous les détenus (84%). Parmi les adeptes de la cigarette, 62% déclarent fumer plus d'un paquet par jour. D'autre part, le «Quit rate» est 7 fois plus élevé hors institution par rapport à la population qui réside en prison. D'ailleurs, nous pouvons poser l'hypothèse d'une augmentation de la consommation de tabac pendant la période de privation de liberté.

La consommation de médicaments, en particulier de psychopharmacas (somnifères et calmants), est aussi très répandue dans les prisons. Elle est à mettre en relation avec les pressions psychologiques dues à l'isolement et à la privation de liberté. A ce propos, nous remarquons une relation entre le mauvais état de santé des détenus et la consommation de psychopharmacas. Les somnifères sont largement utilisés, surtout parmi les consommateurs de drogues dures¹⁰⁹⁾. Les calmants, de leurs côté, sont particulièrement consommés par des personnes se déclarant déprimées. Dans ce contexte, si des programmes de prévention en matière de consommation de tabac et de médicaments sont mis en place pour la population générale, les personnes incarcérées devraient également pouvoir en profiter.

Quant à **l'alcool**, même si celui-ci paraît ne pas poser de problème dans les institutions carcérales, du fait de son interdiction, cela ne veut pas dire qu'il ne constitue pas un facteur de risque pour la santé et ne stimule pas la délinquance. En effet, en ne considérant que les détenus ayant un mauvais état de santé psychique et physique, nous remarquons que la grande majorité de ceux-ci ont une histoire relative à l'alcool. D'autre part, en dehors de la dépression, l'alcoolisme peut être considéré comme l'un des diagnostics accessoire parmi les plus fiables relatif au risque de suicide. Et ce n'est pas un hasard si six des trente-six buts énoncés dans le cadre de la «santé pour tous en l'an 2000»¹¹⁰⁾, font explicitement mention du problème de l'alcool.

En ce qui concerne les «drogues illicites», l'appréciation semble plus difficile.

¹⁰⁹⁾ 44% der Heroinabhängigen nehmen davon (vgl. Tabelle 11).

¹¹⁰⁾ Programm der WHO.

¹⁰⁹⁾ 44% des héroïnomanes en consomment (voir Tableau 11).

¹¹⁰⁾ Etablis par l'OMS.

Erstens muss betont werden, dass der **Konsum von Drogen und insbesondere von «harten Drogen»** in der Schweiz sehr hoch war und immer noch ist; dies gilt ganz besonders für die Strafgefangenen.

Im landesweiten Durchschnitt sind 34% der Verurteilungen wegen BetrG-Delikten ausschliesslich dem Betäubungsmittelkonsum¹¹¹⁾ zuzuschreiben. Man kann sich daher schwerlich vorstellen, dass inhaftierte Drogenabhängige nach ihrer Einweisung gewisse Drogen (z.B. Heroin) mehr meiden als andere. Zur Benutzung in den Gefängnissen ist anzufügen, dass Drogen einfacher einzuschleusen sind als beispielsweise Alkohol, und dass der Konsum auch vor dem Eintritt ins Gefängnis oder während des Hafturlaubs stattfinden kann. Übrigens sind Überdosierungen in solchen Fällen ein häufiges Phänomen. Von 213 zwischen 1984 und 1995 verzeichneten Todesfällen im Strafvollzug waren 70 auf Überdosierungen zurückzuführen¹¹²⁾.

Zweitens ist der **regelmässige Konsum von illegalen Drogen** nach Regionen betrachtet unter den Gefängnisinsassen des Westschweizer Konkordats geringer als in jenen des Ostschweizer bzw. des Zentral- und Nordwestschweizer Konkordats. Diese Lage widerspiegelt offensichtlich die repressivere Politik in bezug auf den Drogenkonsum in den Strafanstalten des Westschweizer und Tessiner Konkordats. Diese Politik entspricht einem dominierenden Trend (in sämtlichen frankophonen Ländern) sowohl in der öffentlichen Meinung als auch unter den Fachleuten der Branche und den politischen Behörden.

Drittens ist wichtig, dass bei einem **Vergleich zwischen dem Konsum von legalen und illegalen Drogen** unterschieden wird zwischen Drogen, die kurzfristig keine wesentlichen Probleme verursachen, jenen, bei denen der Missbrauch problematisch ist (meistens zeitlich beschränkt), und dem Konsum, der eine Abhängigkeit zur Folge hat (in unserem Fall die regelmässigen Drogenkonsumenten). Dabei gilt es die beiden Typen von Populationen, die Gegenstand unserer Befragung sind, separat zu betrachten. Die Konsumenten bei den **Privathaushalten** haben (mit Ausnahme der harten Drogen) mehr oder weniger freien Zugang zu allen auf dem Markt verfügbaren Drogen. Es bestehen zahlreiche Ersatzmöglichkeiten, welche sich je nach Modeströmung und Repressionspolitik gegenüber den Konsumenten verändern. Bei dieser Population ist der Kokainkonsum weiter verbreitet. Und obschon Fälle von Polytoxikomanie häufig sind, entwickeln doch nur sehr wenige Betroffene eine schwere Abhängigkeit.

Premièrement, il nous semble important de rappeler que **la consommation de drogues, et surtout des «drogues dures»**, a été et reste extrêmement élevée en Suisse et particulièrement auprès des personnes incarcérées.

En moyenne nationale, 34% des condamnations en vertu de la LStup portent uniquement sur la consommation de stupéfiants¹¹¹⁾. Dès lors, il est difficile d'imaginer que les toxicomanes incarcérés excluent certaines drogues (par exemple l'héroïne) plutôt que d'autres une fois entrés en prison. Quant à l'utilisation en milieu carcéral, il faut rappeler que la drogue reste plus facile à introduire que l'alcool, par exemple, et que la consommation peut toujours avoir lieu avant l'entrée dans la prison ou lors des congés. D'ailleurs, nombreux sont les cas d'overdoses survenant dans de tels cas. Sur les 213 décès enregistrés en exécution des peines entre 1984 et 1995, 70 concernent des overdoses¹¹²⁾.

Deuxièmement, au niveau des différences régionales, **la consommation régulière de drogues illégales** est inférieure parmi les détenus des prisons du concordat romand par rapport à celle de la Suisse orientale et de la Suisse centrale et du nord-ouest. Cette situation semble bien refléter la politique plus répressive en matière de consommation de drogues menée au sein du système carcéral relevant du concordat de la Suisse romande et du Tessin. Cette politique est à l'image d'un courant dominant (prévalant également dans l'ensemble des pays francophones) tant au niveau de l'opinion publique que des professionnels de la branche ou des autorités politiques.

Troisièmement, en comparant **la consommation de drogues licites et illicites**, il est important de distinguer les drogues qui ne posent pas de problèmes majeurs à court terme, de celles dont l'abus est problématique (le plus souvent limité dans le temps), et la consommation provoquant une dépendance (dans notre cas, les consommateurs réguliers de drogues). Or, à ce niveau, les deux types de populations prises en compte dans notre enquête doivent faire l'objet d'une approche séparée. En effet, avec l'enquête **auprès des ménages**, les consommateurs ont accès plus ou moins librement («drogues dures» excepté) à toutes les drogues disponibles sur le marché. Les possibilités de substitution sont multiples et évoluent en fonction des modes ainsi que de la politique de répression à l'égard des consommateurs. Auprès de cette population, la consommation de cocaïne est plus répandue. Et même si les cas de polytoxikomanie sont fréquents, très peu de personnes s'y adonnant développent une dépendance chronique.

¹¹¹⁾ Vgl. Rônez, S., Bern: BFS, 1996, S.48-49.

¹¹²⁾ Vgl. Tabelle 5.1 im Anhang.

¹¹¹⁾ Cf. Rônez, 1996, p. 48-49.

¹¹²⁾ Cf. Tableau 5.1 en annexe.

Anders ist die Lage **für die Gefangenen**. Frei verkauft werden in den Gefängnissen nur Tabakwaren, die übrigen Drogen sind verboten. Dennoch finden sich dort oft zahlreiche Drogenabhängige (und vor allem Heroinabhängige) und die Fälle von schwerer Polytoxikomanie scheinen sich in der Haft noch zu verschärfen. Man muss klar eingestehen, dass der Konsum dieser (legalen und illegalen) Drogen in den Strafanstalten nicht ständig kontrollierbar ist, denn diese können auch im Hafturlaub eingenommen, heimlich eingeschleust oder durch befugtes Personal abgegeben oder verschrieben werden. In den schweizerischen Gefängnissen sind diesbezüglich äusserst unterschiedliche Strategien auszumachen.

Hohe Sterblichkeit trotz intensiver Beanspruchung der Gesundheitsdienste

Was die zuständigen Behörden am meisten fürchten, sind Todesfälle in den Gefängnissen, da diese Ziel-scheibe der die Kritik sowohl der Medien als auch der betreffenden Verantwortlichen im politischen oder Gesundheitsbereich sind. Die Sterbeziffer in den Gefängnissen liegt weit über jener der Gesamtbevölkerung. Die typischste Todesart «drinnen» ist aber nach wie vor der Selbstmord, dessen Rate sich seit Beginn der achtziger Jahre stabilisiert hat, und zwar bei knapp einem Drittel der Todesfälle im Strafvollzug. Andererseits ist festzustellen, dass es seit Beginn der 90er Jahre erneut zu einem Anstieg der Todesfälle durch Überdosierungen kommt, obschon das Problem in den Gefängnissen bekannt ist. Dieser Tatbestand lässt sich auch durch die Zunahme der Anzahl Schwerstabhängiger in den Gefängnissen erklären.

Betrachtet man in diesem Zusammenhang das Phänomen des gewaltsamen Todes in den Gefängnissen, so ist fraglich, ob dadurch nicht die Qualität der gebotenen Gesundheitsdienstleistungen diskreditiert wird? Aufgrund unserer Ergebnisse können wir lediglich feststellen, dass das Angebot im medizinisch-gesundheitlichen Bereich existiert und dass die Insassen offenbar damit zufrieden sind. Es dürfte eher das Umfeld der Gewalt und Delinquenz vor der Einweisung sein, das im Gefängnismilieu wiederauflebt. Diese Hypothese wird bestätigt durch die grosse Zahl von Konsultationen und Hospitalisierungen wegen Körperverletzungen-Vergiftungen (18% und 22%) sowie durch die häufige Inanspruchnahme des Notfalldienstes am Wochenende (11%).

Pour les détenus, la situation est différente. Seul le tabac est en vente libre en prison, les autres drogues étant interdites. Malgré cela, les toxicomanes (et en particulier les héroïnomanes) y sont souvent nombreux et la détention semble accentuer les cas de polytoxicomnies graves. Or, il faut bien reconnaître que la consommation de ces drogues (licites, illicites) ne peut pas être soumise à un contrôle permanent au sein de l'institution pénale car celles-ci peuvent être consommées en congé, introduites frauduleusement ou encore fournies ou prescrites par le personnel autorisé. Dans ce contexte, de grandes différences de stratégies existent entre les prisons suisses.

Mortalité élevée malgré un recours intense aux services de santé

Ce que les autorités pénitentiaires redoutent le plus sont les décès survenant en milieu carcéral car ceux-ci sont à la base de critiques émanant autant des médias que des responsables politiques ou sanitaires. Or, le taux de mortalité carcéral est largement supérieur à celui de la population générale. Le cas le plus typique de décès «intra muros» reste le suicide, dénotant une certaine stabilité depuis le début des années 1980 avec près d'un tiers des décès répertoriés en régime d'exécution de peines. D'autre part, même si le problème des overdoses survenues en milieu carcéral est connu, force est de constater que le début des années 1990 voit une recrudescence de ce type de mort. Celle-ci s'explique aussi par l'augmentation du nombre de toxicomanes lourds incarcérés.

Dans ce contexte, la prise en compte du phénomène de la mort violente dans les prisons ne discrédite-t-elle pas quelque peu la qualité des services de santé prodigués? Sur la base de nos résultats, nous pouvons simplement constater que l'offre médico-sanitaire existe et quelle semble donner satisfaction aux détenus. C'est plutôt le contexte de violence et de délinquance précédant la phase d'emprisonnement qui semble se reproduire au sein de l'univers carcéral. Cette hypothèse est confortée par le nombre important de consultations et d'hospitalisation pour lésions-empoisonnements (18% et 22%) ainsi que par les recours fréquents aux urgences pendant le week-end (11%).

Position im internationalen Vergleich trotzdem befriedigend

Im internationalen Vergleich muss man feststellen, dass sowohl die Aufnahmekapazitäten als auch die medizinisch-soziale Infrastruktur und das System des schweizerischen Strafvollzugs Gewähr bieten für die Betreuung und Unterstützung. Was in der Schweiz auffällt, ist einerseits die Übervertretung von drogenabhängigen (legale und illegale Drogen) und HIV-infizierten Insassen, und andererseits der hohe Ausländer- und Frauenanteil in den Gefängnissen. Angesichts der nachweislichen Verbindung zwischen dem Spritzen von Drogen und der Verbreitung von Epidemien, erinnern wir daran, dass sich die Schweiz dem Programm «Risikominderung» in den Gefängnissen (unter der Schirmherrschaft der WHO und des BAG) angeschlossen und eine ganze Reihe von Projekten entwickelt hat, die der Ausbreitung von Epidemien in den Gefängnissen Einhalt gebieten sollen. In bezug auf erforderlichen Präventionsmassnahmen folgt sie damit den nordischen Ländern, während sich die südlichen Länder trotz einer mittlerweile alarmierenden Situation weiterhin wenig zugänglich zeigen.

Vorteile und Grenzen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung

Zum Schluss gilt es **zunächst** daran zu erinnern, dass die 1993 durchgeführte Schweizerische Gesundheitsbefragung in den Gefängnissen die erste ihrer Art in der Schweiz ist. **Zweitens** beruhen die Interviews mit den Personen in den Privathaushalten und jene mit den Gefängnisinsassen praktisch auf der gleichen methodischen Grundlage, so dass direkte Vergleiche zwischen diesen beiden Populationen zulässig sind. **Drittens** sind die in der Stichprobe vertretenen Einrichtungen des Strafvollzugs sowie die Insassen, die in Übereinstimmung mit den Selektionskriterien ausgewählt wurden, repräsentativ für die Gesamtheit der schweizerischen Gefängnisse, während die Mehrzahl der bisher in der Schweiz durchgeführten Untersuchungen lediglich ein einziges Gefängnis, bzw. nur einen Teil der Insassen dieses Gefängnisses zum Gegenstand hatten.

Viertens möchten wir festhalten, dass sich aufgrund der vorliegenden Befragung nicht feststellen lässt, welches die Ursachen des «Risikoverhaltens» für die Gesundheit sind, aus welchem Grund die Insassen eingewiesen wurden, wie sich ihr Gesundheitszustand «drinnen» entwickelt und ob die Strategie des Staates oder die Ausbildung des Gefängnispersonals gut sind.

Eine Neuauflage der SGB in den Gefängnissen scheint deshalb für eine Ergänzung dieser Lücken notwendig. Sie sollte es auch gestatten, die Entwicklung der Krankheitshäufigkeit und der Verhaltensweisen der Insassen zu messen und die Präventionspolitik der Behörden zu beurteilen.

En comparaison internationale: une position malgré tout satisfaisante

En comparaison internationale, il faut constater qu'autant les capacités d'accueil que les infrastructures médico-sociales ainsi que le système pénal suisses offrent des garanties de prises en charge et de soutien. Toujours est-il que la Suisse se distingue, d'une part, par une sur-représentation des détenus dépendants de la drogue (tant licites qu'illicites) et atteints par le VIH et, d'autre part, des étrangers et des femmes au sein de ses prisons. Vu le lien démontré entre injection de drogues et développement des épidémies, il est utile de rappeler que la Suisse s'est ralliée au programme de «réduction des risques» en prison (sous les auspices de l'OMS et de l'OFSP) et a développé toute une série de projets afin d'enrayer la propagation d'épidémies en milieu carcéral. Dans ce contexte, elle suit les pays nordiques - quant aux mesures de prévention efficaces à prendre - alors que les pays du sud de l'Europe restent très réfractaires malgré une situation devenue alarmante.

Avantages et limites de l'enquête suisse sur la santé

Pour terminer, il importe de rappeler, **tout d'abord**, que l'enquête sur la santé menée auprès des détenus en 1993 est la première du genre en Suisse. **Deuxièmement**, la méthodologie utilisée pour les interviews réalisées auprès des ménages et les entretiens menés auprès des détenus est pratiquement la même, ce qui autorise des comparaisons directes entre ces deux types de population. **Troisièmement**, que les établissements carcéraux sélectionnés dans l'échantillon, tout comme les détenus correspondants aux critères de sélection, sont représentatifs de l'ensemble des prisons helvétiques, alors que la plupart des études réalisées jusqu'à ce jour en Suisse ne concernaient qu'une seule prison, voire une partie des détenus incarcérés dans cette prison.

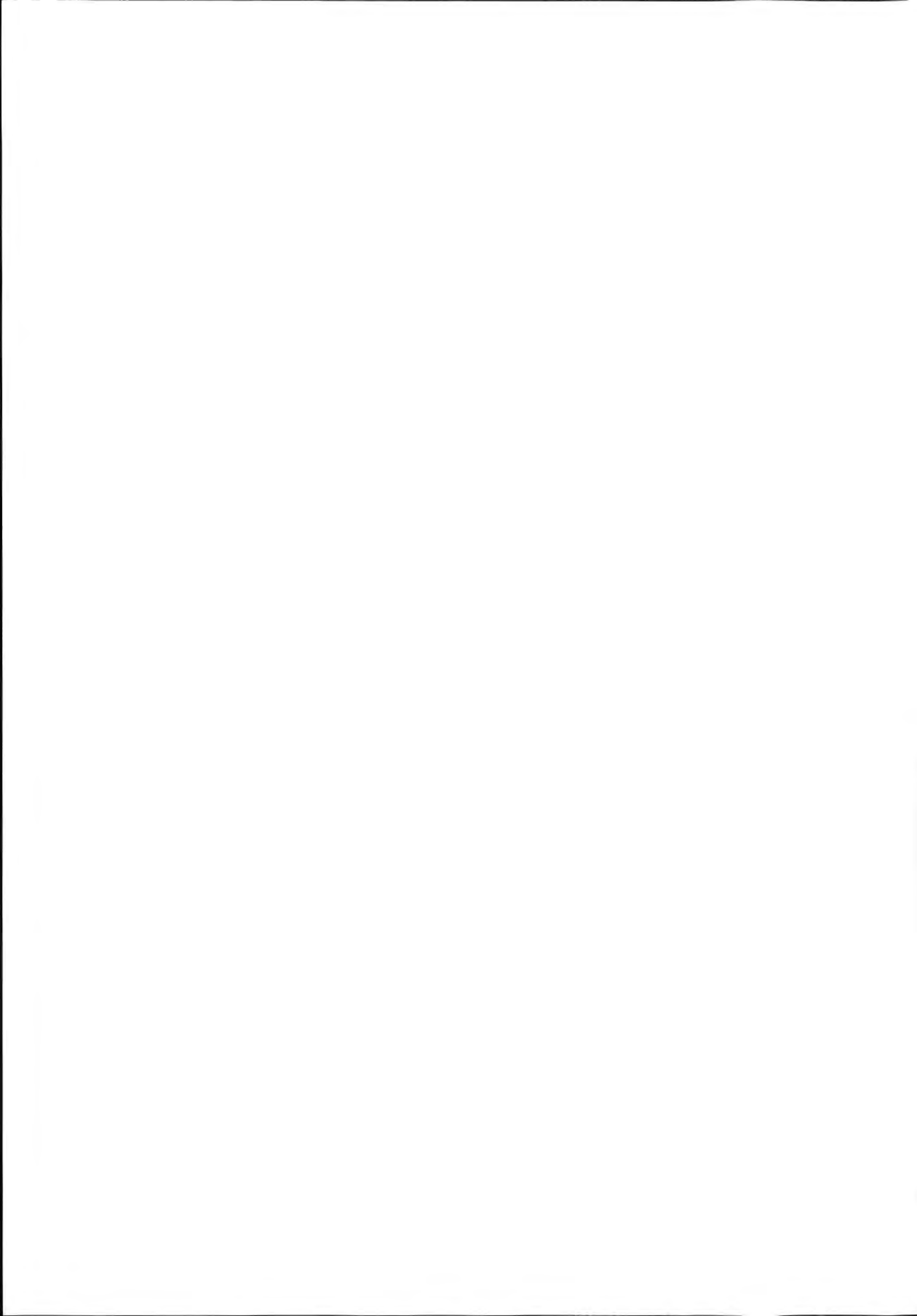
Quatrièmement, nous rappellerons toutefois que sur la base actuelle de l'enquête, il nous reste impossible de connaître les causes des comportements «à risques» pour la santé, pourquoi les détenus se trouvent privés de liberté, comment évolue leur état de santé «intra muros» et si la stratégie de l'Etat ou la formation du personnel des prisons sont bonnes.

La réédition de l'ESS dans les prisons nous semble donc essentielle afin de combler ces lacunes. Elle devrait aussi permettre de mesurer l'évolution de la morbidité et des comportements des détenus et d'évaluer la politique de prévention mise en place par les autorités.

Schliesslich zeigt sich mit zunehmender Deutlichkeit, dass die direkte Befragung der Insassen eine Ergänzung zu den Umfragen bei den Anstaltsleitungen darstellt, da sie ein anderes Licht auf die gängigen Praktiken wirft, und zwar aus der Sicht der «Kunden». Diese Art Befragung ist im übrigen schon lange gebräuchlich und hat sich in mehreren Ländern, zum Beispiel den USA und England, bewährt. Hinzu kommt, dass es «die Sicht der Gefangenen» den Verantwortlichen im Bereich der Justiz-, gerichtsmedizinischen und Gesundheitspolitik unter anderem ermöglicht, die Sucht- und Gesundheitsprobleme der Insassen zuverlässig einzuschätzen und die entsprechenden Auswirkungen auf die Organisation und Betreuung zu prüfen.

Finalment, il apparaît de plus en plus clairement que les interviews menées directement auprès des détenus sont complémentaires des enquêtes menées auprès des directions pénitentiaires puisqu'elles offrent un autre éclairage des pratiques courantes du point de vue des «clients». Ce type d'enquête est d'ailleurs utilisé depuis longtemps et a fait ses preuves dans plusieurs pays, dont les Etats-Unis et l'Angleterre. Notons qu'avec «la vision des détenus», il devient possible pour les responsables de la politique judiciaire, médico-légale et de santé, entre autre, d'estimer de manière fiable les problèmes de la dépendance et de la santé des détenus et d'évaluer les conséquences sur l'organisation et la prise en charge.

Anhang / Annexe



**T1 Stichprobenquote der Insassenpopulation,
Vergleiche mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre)**

**Taux de sondage de la population des détenus,
comparaisons avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans)**

Soziodemographisches Niveau, Hafttyp, Gefängnisgrösse und Strafvollzugskonkordat	Stichprobenquote ¹⁾ / Taux de sondage ¹⁾		Niveau socio-démographique, type de régime, taille de la prison et concordat pénitentiaire
	Insassen 1993 Détenus 1993	Gesamtbevölkerung 1992/1993 Population générale 1992/1993	
Soziodemographisches Niveau			Niveau socio-démographique
Geschlecht			Sexe
Männer	6,7	0,3	Hommes
Frauen	12,3	0,3	Femmes
Alter			Age
18-24 Jahre	9,2	0,2	18-24 ans
25-39 Jahre	6,8	0,3	25-39 ans
40-60 Jahre	5,5	0,3	40-60 ans
Bildungsniveau			Niveau de formation achevé
Obligat. Schulabschluss	7,4	0,2	Scolarité obligatoire
Sekundär- /Tertiärabschluss	7,0	0,3	Degré secondaire / tertiaire
Zivilstand			Etat civil
Ledig	8,4	0,3	Célibataire
Übrige (verheiratet, verwitwet, geschieden)	5,5	0,3	Autres (mariés, veuf, divorcé)
Sprache des Interviews			Langue de l'interview
Deutsch	7,6	0,3	Allemand
Andere (Französisch, Italienisch)	5,9	0,3	Autres (français, italien)
Nationalität			Nationalité
Schweizer	7,3	0,3	Suisses
Ausländer	6,7	0,2	Etrangers
Hafttyp, Gefängnisgrösse und Strafvollzugskonkordat			Type de régime, taille de la prison et concordat pénitentiaire
Hafttyp			Type de régime
Untersuchungshaft	7,4	-	Détention préventive
Strafvollzug	7,1	-	Exécution des peines
Grösse des Gefängnisses			Taille de la prison
3-50	6,4	-	3-50
51-100	16,0	-	51-100
101 und mehr	4,1	-	101 et plus
Strafvollzugskonkordat			Concordat pénitentiaire
Zentral- und Nordwestschweiz ²⁾	8,4	-	Suisse centrale et du Nord-ouest ²⁾
Ostschweiz ³⁾	7,3	-	Suisse orientale ³⁾
Westschweiz ⁴⁾ + Tessin	5,3	-	Suisse romande ⁴⁾ + Tessin
Total	7,2	0,3	Total

¹⁾ Anzahl Interviews dividiert durch Zielbevölkerung in Prozent.

Obtenu en divisant le nombre d'interviews réalisées par la population-cible en pour-cent.

²⁾ Kantone BE, BS-BL, ZG, AG, SO, LU, SZ, UR, NW, OW / Cantons de BE, BS-BL, ZG, AG, SO, LU, SZ, UR, NW, OW.

³⁾ Kantone ZH, SH, SG, GR, GL, AR, AI, TG / Cantons de ZH, SH, SG, GR, GL, AR, AI, TG.

⁴⁾ Kantone VD, GE, VS, FR, NE, JU / Cantons VD, GE, VS, FR, NE, JU.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/93

**T2 Zigarettenkonsum unter den Insassen pro Tag,
im Vergleich zu denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre)**

**Consommation de cigarettes des détenus par jour,
comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans)**

Anzahl konsumierte Zigaretten pro Tag ¹⁾	Mittel / Moyenne		N		Nombre de cigarettes consommées par jour ¹⁾
	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	
	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	
Total nach Geschlecht					Total selon le sexe
Männer	24,0	18,0	137	1854	Hommes
Frauen	(35,0)	14,0	(29)	1874	Femmes
Total	25,4	15,9	166	3728	Total
Nur Männer					Hommes uniquement
Nach Alter					Selon l'âge
18-24 Jahre	17,9	14,7	45	269	18-24 ans
25-39 Jahre	25,5	17,7	76	940	25-39 ans
40-60 Jahre	(30,5)	20,3	(16)	645	40-60 ans
Nach Bildungsniveau					Selon le niveau de formation
Obligatorischer Schulabschluss	21,1	15,8	57	272	Scolarité obligatoire
Sekundär-/Tertiärabschluss	26,1	18,6	80	1582	Degré secondaire / tertiaire
Nach Nationalität					Selon la nationalité
Schweizer	25,7	18,4	111	1469	Suisses
Ausländer	(17,9)	17,4	(26)	385	Etrangers
Total Männer	24,0	18,0	137	1854	Total Hommes

¹⁾ Ohne Nichtraucher. Zahlen auf Zehntel gerundet / Abstinents exclus. Chiffres arrondis au dixième.
N-Gefängnisse: Total 166/201, Männer=137/172; N-Haushalte: Total=3728/11'446, Männer=1854/5345.
N-Prisons: total=166/201, hommes=137/172; N-Ménages: total=3728/11'446, hommes=1854/5345.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/93

**T3 Affektive Schwankungen unter den Insassen,
Vergleich mit denselben Merkmalen der Gesamtbevölkerung (18-60 Jahre)**

**Troubles affectifs auprès des détenus,
comparaison avec les mêmes caractéristiques de la population générale (18-60 ans)**

Art der affektiven Störung	Prozent / Pour-cent		N		Type de troubles affectifs
	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	Insassen 1993	Gesamtbev. 1992/1993	
	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	Détenus 1993	Pop. générale 1992/1993	
1. Nervosität: fast jeden Tag¹⁾					1. Nervosité: presque tous les jours¹⁾
Nach Alter					Selon l'âge
18-24 Jahre	(11,9)	8,5	(12)	123	18-24 ans
25-39 Jahre	(13,0)	7,2	(16)	372	25-39 ans
40-60 Jahre	(30,0)	5,9	(8)	297	40-60 ans
Nach Geschlecht					Selon le sexe
Männer	(15,9)	6,5	(29)	352	Hommes
Frauen	(20,0)	7,1	(7)	440	Femmes
Nach Bildungsniveau					Selon le niveau de formation
Obligat. Schulabschluss	(14,4)	8,5	(16)	177	Scolarité obligatoire
Sekundär-/Tertiärabschluss	(17,4)	6,4	(20)	615	Degré secondaire / tertiaire
Nach Nationalität					Selon la nationalité
Schweizer	(11,9)	6,3	(24)	638	Suisses
Ausländer	(35,3)	8,8	(12)	154	Etrangers
Total	16,2	6,8	36	792	Total
2. Ausgeglichenheit: nie¹⁾					2. Sérénité: jamais¹⁾
Nach Alter					Selon l'âge
18-24 Jahre	(19,3)	5,5	(18)	82	18-24 ans
25-39 Jahre	(20,0)	5,6	(21)	287	25-39 ans
40-60 Jahre	(26,2)	4,8	(8)	233	40-60 ans
Nach Geschlecht					Selon le sexe
Männer	20,1	4,3	33	238	Hommes
Frauen	(31,4)	6,0	(14)	364	Femmes
Nach Bildungsniveau					Selon le niveau de formation
Obligat. Schulabschluss	(17,7)	6,8	(18)	131	Scolarité obligatoire
Sekundär-/Tertiärabschluss	(23,4)	4,8	(29)	471	Degré secondaire / tertiaire
Nach Nationalität					Selon la nationalité
Schweizer	17,3	4,7	36	485	Suisses
Ausländer	(38,2)	7,5	(11)	117	Etrangers
Total	21,1	5,2	47	602	Total
3. Optimismus: nie¹⁾					3. Optimisme: jamais¹⁾
Nach Alter					Selon l'âge
18-24 Jahre	(27,1)	7,4	(24)	112	18-24 ans
25-39 Jahre	40,6	8,0	44	374	25-39 ans
40-60 Jahre	(41,8)	8,0	(13)	403	40-60 ans
Nach Geschlecht					Selon le sexe
Männer	34,8	6,8	57	352	Hommes
Frauen	(66,9)	8,9	(24)	537	Femmes
Nach Bildungsniveau					Selon le niveau de formation
Obligat. Schulabschluss	39,2	9,6	33	188	Scolarité obligatoire
Sekundär-/Tertiärabschluss	36,7	7,5	48	701	Degré secondaire / tertiaire
Nach Nationalität					Selon la nationalité
Schweizer	34,6	7,4	63	718	Suisses
Ausländer	(52,3)	9,9	(18)	171	Etrangers
Total	37,7	7,9	81	889	Total

¹⁾ In den letzten 7 Tagen / Dans les 7 derniers jours.

1. Nervosität, N-Gefängnisse: 36/197; N-Haushalte: 792/10'984 / N-Détenus: 36/197; N-ménages: 792/10'984.

2. Ausgeglichenheit, N-Gefängnisse: 47/197; N-Haushalte: 602/10'992 / N-Détenus: 47/197; N-ménages: 602/10'992.

3. Optimismus, N-Gefängnisse: 81/193; N-Haushalte: 889/10'972 / N-Détenus: 81/193; N-ménages: 889/10'972.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/93

**T4 Illegaler Drogenkonsum unter den Insassen,
Verteilung nach Konkordatsregion und Grösse der Anstalt (18-39 Jahre) (in Prozent)**

**Consommation de drogues illicites auprès des détenus,
répartition selon la région concordataire et la taille de la prison (18-39 ans) (en pour-cent)**

Kategorie illegaler Drogen	Konkordatsregion Région concordataire			Grösse der Anstalt Taille de la prison			Total	Drogen illicites
	Zentral- und Nordwestschweiz ⁴⁾ Suisse centrale et du Nord-Ouest ⁴⁾	Ostschweiz ⁵⁾ Suisse orientale ⁵⁾	Westschweiz und Tessin ⁶⁾ Suisse romande et Tessin ⁶⁾	3-50	51-100	101+		
Alle Drogen								Toutes les drogues
Lebenszeitprävalenz ¹⁾	80,3	83,3	(84,1)	88,3	93,3	72,6	82,6	Prévalence de vie ¹⁾
Aktueller Konsum ²⁾	78,6	76,4	(65,9)	(85,2)	89,0	(61,2)	74,9	Consommation actuelle ²⁾
Regelmässiger Konsum ³⁾	51,8	34,9	(19,4)	(34,8)	(41,1)	(35,7)	36,4	Consommation régulière ³⁾
Haschisch-Marihuana								Hachisch-marijuana
Lebenszeitprävalenz	79,0	77,5	(84,1)	88,3	90,0	68,3	79,4	Prévalence de vie
Aktueller Konsum	60,3	44,3	(27,4)	(54,4)	53,7	(34,8)	45,2	Consommation actuelle
Regelmässiger Konsum	(28,6)	(25,4)	...	(18,2)	(39,0)	(17,5)	22,0	Consommation régulière
Harte Drogen								Drogues dures
Lebenszeitprävalenz	73,3	70,2	(78,8)	69,6	85,3	70,1	73,0	Prévalence de vie
Aktueller Konsum	(64,6)	(42,4)	(42,3)	(50,8)	(63,8)	(49,3)	51,9	Consommation actuelle
Regelmässiger Konsum	(31,1)	(16,4)	(13,4)	(27,5)	(7,8)	(19,6)	(19,9)	Consommation régulière
Heroin								Héroïne
Lebenszeitprävalenz	66,0	57,8	(66,9)	64,8	78,8	(52,9)	62,1	Prévalence de vie
Aktueller Konsum	(37,1)	(13,9)	...	(8,7)	(17,9)	(26,6)	(18,8)	Consommation actuelle
Regelmässiger Konsum	(22,0)	(6,5)	...	...	(6,6)	(16,8)	(10,9)	Consommation régulière
Kokain								Cocaïne
Lebenszeitprävalenz	58,2	58,5	67,6	(55,5)	72,2	(58,4)	60,2	Prévalence de vie
Aktueller Konsum	(15,9)	(10,9)	...	(17,7)	(15,2)	...	(10,8)	Consommation actuelle
Regelmässiger Konsum	(2,2)	(5,2)	...	(10,0)	(3,1)	...	(4,0)	Consommation régulière
Methadon								Méthadone
Lebenszeitprävalenz	(39,0)	(26,6)	(33,2)	(43,9)	(30,0)	(23,6)	31,7	Prévalence de vie
Aktueller Konsum	(10,9)	(13,9)	...	(25,3)	(5,3)	...	(10,8)	Consommation actuelle
Regelmässiger Konsum	(10,2)	(13,9)	...	(24,8)	(4,1)	...	(10,4)	Consommation régulière
Crack, Freebase								Crack, freebase
Lebenszeitprävalenz	(12,8)	(15,8)	(17,6)	(19,9)	(28,5)	(6,4)	15,4	Prévalence de vie
Amphetamines (Ecstasy, MDM)								Amphétamines (Extasy, MDM)
Lebenszeitprävalenz	(11,6)	(9,9)	(44,3)	(16,7)	(34,4)	(11,7)	17,8	Prévalence de vie

¹⁾ Hat einmal im Leben genommen (Antwort auf die Frage: «Haben Sie schon einmal ... genommen?»).
A consommé une fois dans la vie (réponse à la question: «Avez-vous déjà consommé?»).

²⁾ Antwort auf die Frage: «Nehmen Sie immer noch?» / Réponse à la question: «Consommez-vous encore?».

³⁾ Nahm mindestens einmal pro Woche mindestens in den letzten 12 Monaten (Antwort auf die Frage: «Wie häufig nahmen Sie?»).

A consommé au moins une fois par semaine durant les 12 derniers mois (réponse à la question: «A quelle fréquence avez-vous consommé?»).

⁴⁾ Kantone BE, BS-BL, ZG, AG, SO, LU, SZ, UR, NW, OW / Cantons de BE, BS-BL, ZG, AG, SO, LU, SZ, UR, NW, OW.

⁵⁾ Kantone ZH, SH, SG, GR, GL, AR, AI, TG / Cantons de ZH, SH, SG, GR, GL, AR, AI, TG.

⁶⁾ Kantone VD, GE, VS, FR, NE, JU / Cantons VD, GE, VS, FR, NE, JU.

N-Total = 157/165 für alle Indikatoren / pour tous les indicateurs.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/93

T5.1 Durchschnittlicher Insassenbestand und Todesursachen im Strafvollzug, 1984-1995
(in absoluten Zahlen)

T5.1 Effectif moyen de détenus et causes de décès en exécution des peines, de 1984 à 1995
(en nombre absolu)

Jahr / Année	Bestände ¹⁾ / Effectifs ¹⁾				Austritte und Todesfälle nach Ursachen ²⁾ / Nombre de sorties et de décès selon la cause ²⁾					
	Gelangene	Gefangene mit Wohnsitz in der CH	Seit mind. 3 Monaten inhaftiert	Seit mind. 3 Monaten inhaftiert und in der CH ansässig	Total Austritte (inkl. Todesfälle)	Total Todesfälle	Überdosis	Suizid	Krankheit ³⁾	Übrige ⁴⁾
	Détenus	Détenus résidents en Suisse	Détenus incarcérés depuis au moins 3 mois	Détenus incarcérés depuis au moins 3 mois et résidents en Suisse	Total des sorties (y.c. les décès)	Total des décès	Overdose	Suicide	Malade ³⁾	Autre ⁴⁾
1984	3 152	2 612	1 710	1 365	12 270	16	6	4	2	4
1985	3 472	2 883	1 880	1 524	13 135	11	2	1	5	3
1986	3 470	2 888	1 870	1 502	13 071	10	1	5	2	2
1987	3 629	2 964	2 015	1 583	13 853	18	5	5	5	3
1988	3 594	2 980	1 945	1 569	14 685	10	2	4	3	1
1989	3 563	2 992	1 942	1 574	14 645	17	4	8	1	4
1990	3 715	3 070	2 005	1 605	14 151	16	4	2	4	6
1991	3 826	3 038	2 141	1 643	14 090	23	9	4	6	4
1992	3 911	2 948	2 214	1 646	13 704	22	11	6	4	1
1993	4 187	3 228	2 508	1 854	13 731	28	11	6	7	4
1994	4 434	3 464	2 732	2 063	13 690	22	9	7	2	4
1995	4 396	3 456	2 844	2 208	11 759	20	6	6	2	6
Total	45 349	36 523	25 806	20 136	162 784	213	70	58	43	42

¹⁾ Stand 1. Mai / état au 1er mai.

²⁾ Grundlage: Austrittsmeldungen der Strafvollzugsbehörden / Source: raisons de sorties déclarées par les autorités pénitentiaires.

³⁾ Einschliesslich Aids (N=5) / Y compris le Sida (N=5).

⁴⁾ Alle anderen Ursachen: «natürlicher Tod» (N=22), «Unfall» (N=15), «auf der Flucht gestorben» oder «von einem Mitgefangenen getötet» (N=5).
Toutes les autres causes: «mort naturelle» (N=22), «accident» (N=15), «décédé lors d'évasion» ou «tué par co-détenu» (N=5).

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/93

T5.2 Entwicklung der Insassenbestände und der Todesursachen im Strafvollzug, 1984-1995
(Basis 100=1984)

T5.2 Evolution de l'effectif des détenus et des causes de décès en exécution des peines, de 1984 à 1995
(Base 100=1984)

Jahr / Année	Bestände ¹⁾ Effectifs ¹⁾				Entwicklung der Austritte und Todesfälle nach Ursachen Evolution des sorties et des décès selon la cause					
	Gefangene Détenus	Gefangene mit Wohnsitz in der CH Détenus résidents en Suisse	Seit mind. 3 Monaten inhaftiert Détenus incarcérés depuis au moins 3 mois	Seit mind. 3 Monaten inhaftiert und in der CH ansässig Détenus incarcérés depuis au moins 3 mois et résidents en Suisse	Total Austritte (inkl. Todesfälle) Total des sorties (y.c. les décès)	Total Todesfälle Total des décès	Überdosis Overdose	Suizid Suicide	Krankheit ²⁾ Maladie ²⁾	Übrige ³⁾ Autre ³⁾
1984	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1985	110	110	110	112	107	69	33	25	250	75
1986	110	111	109	110	107	63	17	125	100	50
1987	115	113	118	116	113	113	83	125	250	75
1988	114	114	114	115	120	63	33	100	150	25
1989	113	115	114	115	119	106	67	200	50	100
1990	118	118	117	118	115	100	67	50	200	150
1991	121	116	125	120	115	144	150	100	300	100
1992	124	113	129	121	112	138	183	150	200	25
1993	133	124	147	136	112	175	183	150	350	100
1994	141	133	160	151	112	138	150	175	100	100
1995	139	132	166	162	96	125	100	150	100	150

¹⁾ Stand 1. Mai / état au 1er mai.

²⁾ Einschliesslich Aids (N=5) / Y compris le Sida (N=5).

³⁾ Alle anderen Ursachen: «natürlicher Tod» (N=22), «Unfall» (N=15), «auf der Flucht gestorben» oder «von einem Mitgefangenen getötet» (N=5).
Toutes les autres causes: «mort naturelle» (N=22), «accident» (N=15), «décédé lors d'évasion» ou «tué par co-détenu» (N=5).

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/93

T5.3 Verteilung der Insassenbestände und der Todesfälle im Strafvollzug, 1984-1995

(Prozent in Spalten und Zeilen)

T5.3 Répartition de l'effectif des détenus et des causes de décès en exécution des peines, de 1984 à 1995

(Pour-cent en colonne et en ligne)

Jahr Année	Bestände ¹⁾ / Effectifs ¹⁾				Anzahl Austritte und Todesursachen / Nombre de sorties et types de décès				
	Prozent in Spalten / Pour-cent en colonne				Prozent in Zeilen / Pour-cent en ligne				Total Todesfälle Total des décès
	Gefangene Détenus	Gefangene mit Wohnsitz in der CH Détenus résidents en Suisse	Seit mind. 3 Monaten inhaftiert Détenus incarcérés depuis au moins 3 mois	Seit mind. 3 Monaten inhaftiert und in der CH ansässig Détenus incarcérés depuis au moins 3 mois et résidents en Suisse	Überdosis Overdose	Suizid Suicide	Krankheit ²⁾ Maladie ²⁾	Übrige ³⁾ Autre ³⁾	
1984	7,0	7,2	6,6	6,8	37,5	25,0	12,5	25,0	100
1985	7,7	7,9	7,3	7,6	18,2	9,1	45,5	27,3	100
1986	7,7	7,9	7,2	7,5	10,0	50,0	20,0	20,0	100
1987	8,0	8,1	7,8	7,9	27,8	27,8	27,8	16,7	100
1988	7,9	8,2	7,5	7,8	20,0	40,0	30,0	10,0	100
1989	7,9	8,2	7,5	7,8	23,5	47,1	5,9	23,5	100
1990	8,2	8,4	7,8	8,0	25,0	12,5	25,0	37,5	100
1991	8,4	8,3	8,3	8,2	39,1	17,4	26,1	17,4	100
1992	8,6	8,1	8,6	8,2	50,0	27,3	18,2	4,5	100
1993	9,2	8,8	9,7	9,2	39,3	21,4	25,0	14,3	100
1994	9,8	9,5	10,6	10,2	40,9	31,8	9,1	18,2	100
1995	9,7	9,5	11,0	11,0	30,0	30,0	10,0	30,0	100
Total	100	100	100	100	32,9	27,2	20,2	19,7	100

¹⁾ Stand 1. Mai / état au 1er mai.

²⁾ Einschliesslich Aids (N=5) / Y compris le Sida (N=5).

³⁾ Alle anderen Ursachen: «natürlicher Tod» (N=22), «Unfall» (N=15), «auf der Flucht gestorben» oder «von einem Mitgefangenen getötet» (N=5).
Toutes les autres causes: «mort naturelle» (N=22), «accident» (N=15), «décédé lors d'évasion» ou «tué par co-détenu» (N=5).

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/93

T6 Population, Struktur der Population und Sterblichkeit im Stravollzugsregime, Vergleich mit der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung 1993

Standardisierung unter Berücksichtigung der Dauer der Einweisung und der Altersstruktur basierend auf der mittleren Wohnbevölkerung (20-59 Jahre)

Population, structure de la population et mortalité en régime d'exécution des peines, comparaison avec la population générale du même âge en 1993

Standardisation en tenant compte de la durée de détention et de la structure par âge sur la base de la population moyenne résidente (20-59 ans)

Population und Struktur der Population, Todesfälle und Dauer der Einweisung Population et structure de la population, décès observés et durée de détention

Alterklasse Classes d'âge	Bevölkerungstyp Type de population		Struktur der entsprechenden Populationen Structure des populations respectives		Todesfälle Décès observés		Mittlere Einweisungsdauer Durée moyenne de détention		
	Mittlerer Insassenbestand 1993 Effectif moyen de détenus en 1993	Gesamtbevölkerung ¹⁾ Population générale ¹⁾	Gefangenepopulation % ³⁾ Pop. incarcérée en % ³⁾	Gesamtbevölkerung in % Pop. générale en %	Gefangenepop. (Mittel 1992-1994) Pop. incarcérée (moyenne 1992-1994)	Gesamtbevölkerung Population générale	In Tagen En jours	Gewichtetes Mittel (in Jahren) ⁴⁾ Moyenne pondérée (en année) ⁴⁾	Anzahl Insassenjahre ⁵⁾ Nombre de détenus-année ⁵⁾
20-24	667	458 046	201	113	5,0	465	156	0,428	285
25-29	1 018	606 208	252	150	6,3	602	128	0,351	357
30-34	842	577 682	208	143	5,7	709	128	0,350	295
35-39	587	530 487	138	131	2,3	660	121	0,332	195
40-44	412	503 163	97	125	1,0	834	121	0,332	137
45-49	220	500 532	47	124	1,0	1 287	110	0,300	66
50-59	262	862 243	57	214	1,3	3 805	113	0,310	81
Total	4 008	4 038 361	1000	1000	22,6	8 362	125	0,343	1 416

Sterbeziffer und standardisierter Mortalitätsrate (SMR)²⁾

Taux de mortalité et indice de mortalité standardisé (IMS)²⁾

Alterklasse Classes d'âge	Gesamtbev. / Pop. générale	Gefangenepopulation / Population incarcérée		
	Bruttosterbeziffer in % Taux de mortalité brut en %	Bruttosterbeziffer in % ⁶⁾ Taux de mortalité brut en % ⁶⁾	Erwartete Anzahl Todesfälle ⁷⁾ Nombre de décès attendus ⁷⁾	Standardisierte Mortalitätsrate in % ⁸⁾ Indice de mortalité standardisé en % ⁸⁾
20-24	1,0	17,5	0,290	1 727
25-29	1,0	17,6	0,355	1 777
30-34	1,2	19,3	0,362	1 577
35-39	1,2	11,8	0,243	948
40-44	1,7	7,3	0,227	441
45-49	2,6	15,2	0,170	589
50-59	4,4	16,0	0,358	364
Total	2,1	16,0	2,978	759

¹⁾ Berechnet aufgrund der Wohnbevölkerung der Schweiz 1992 (Espop).

Estimation sur la base de la population résidente en Suisse en 1992 (Espop).

²⁾ SMR berechnet mit Hilfe der Methode der Gefangenen-Jahre, welche von einem konstanten Sterberisiko während der ganzen Dauer der Einweisung ausgeht (Bourgoin, 1994, S.115)

IMS calculé sur la base de la méthode des détenus-année, laquelle suppose le risque de mortalité constant tout au long de la période de détention (Bourgoin, 1994, p.115).

³⁾ Aufgrund der Anzahl Gefangenenjahre / Sur la base du nombre de détenus-année.

⁴⁾ Mittlere Einweisungsdauer dividiert durch 365 / Durée moyenne de détention divisé par 365.

⁵⁾ Mittlerer Insassenbestand multipliziert mit der gewichteten Dauer / Effectif moyen de détenus multiplié par la durée pondérée.

⁶⁾ Durchschnitt der Todesfälle zwischen 1992 und 1994 dividiert durch die Anzahl Gefangenen-Jahre.

Moyenne des décès observés entre 1992 et 1994 divisé par le nombre de détenus-année.

⁷⁾ Spezifische Bruttosterbeziffer der Gesamtbevölkerung multipliziert mit der Anzahl Gefangenen-Jahre.

Taux de mortalité brut spécifique de la population générale multiplié par le nombre de détenus-année.

⁸⁾ Anzahl festgestellte Todesfälle in den Gefängnissen dividiert durch die erwartete Anzahl Todesfälle und multipliziert mit 100.

Nombre de décès observés dans les prisons divisé par le nombre de décès attendus et multiplié par 100.

Da der SMR in % ausgedrückt wird, bedeutet ein Wert von 759, dass die Gefangenepopulation eine 7,6mal höhere Sterblichkeit aufweist als die Gesamtbevölkerung.

L'IMS s'exprimant en pour cent, une valeur de 759 signifie que la mortalité auprès de la population incarcérée est 7,6 fois plus élevée qu'auprès de la population générale.

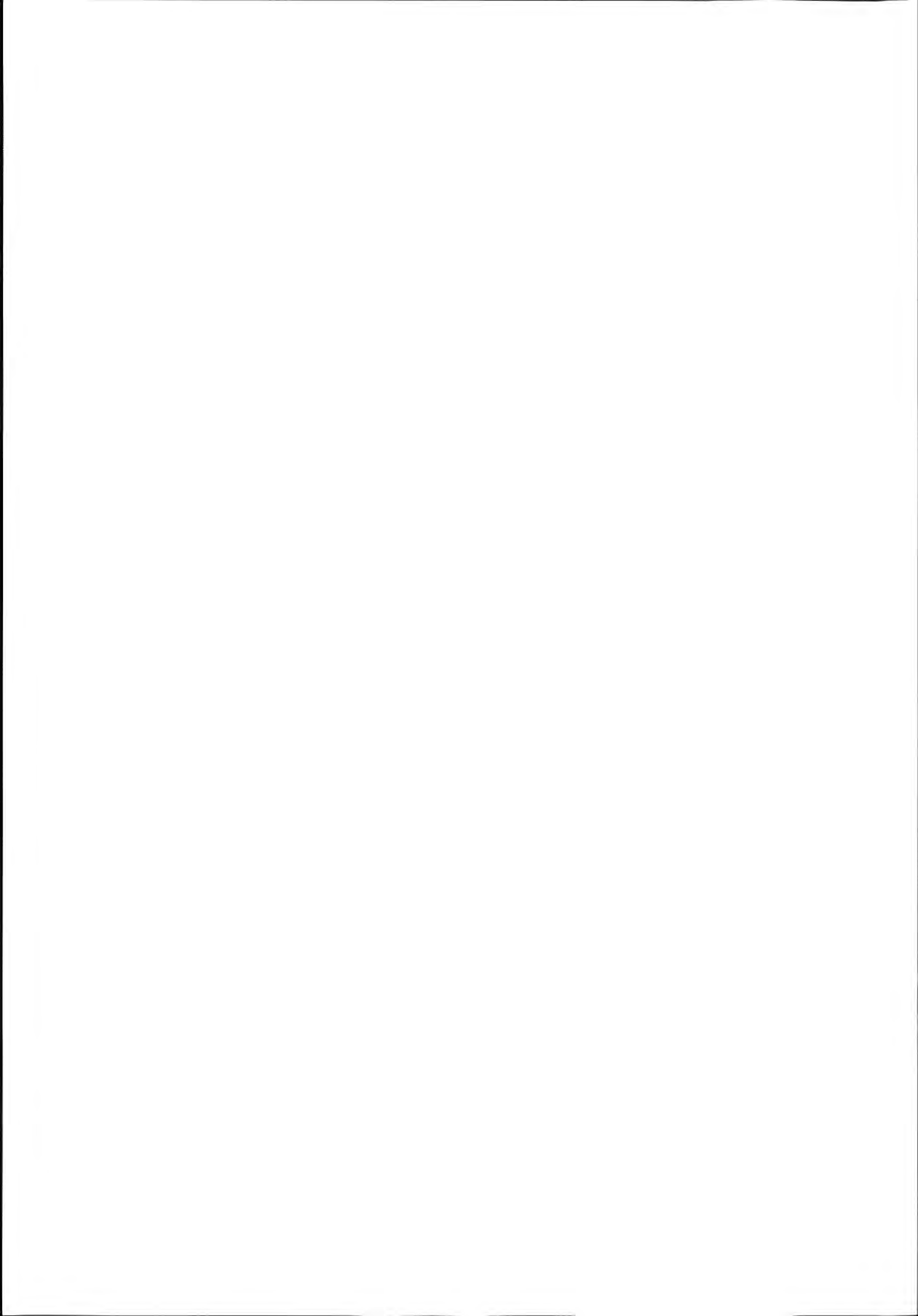
Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/93

T7 Stichprobe der Gefängnisse und der Gefangenen, Stichprobenfehler und Antwortquote 1993
Echantillon des prisons et des détenus, erreurs d'échantillonnage et taux de réponses obtenu en 1993

Stichprobencharakteristika	Stichprobentyp / Type d'échantillon		Caractéristiques des échantillons
	Institutionen - Gefängnisse Institutions - Prisons	Gefangene ¹⁾ Détenus ¹⁾	
Ausgangsstichprobe ²⁾	31	297	Echantillon de départ ²⁾
Stichprobenfehler ³⁾	7	24	Erreurs d'échantillonnage ³⁾
Pers. Interviews zum Erhebungszeitpunkt aus versch. Gründen nicht durchführbar ⁴⁾	-	28	Interviews face à face non réalisables au moment de l'enquête pour motifs divers ⁴⁾
Bruttostichprobe	24	245	Echantillon brut
Nettostichprobe ⁵⁾	24	201	Echantillon net ⁵⁾
Netto-Antwortquote (in Prozent)	100	82	Taux de réponses net (en pour-cent)

¹⁾ Selektionskriterien: seit drei oder mehr Monaten inhaftiert und in der Schweiz wohnhaft.
 Critères de sélection: pensionnaires depuis au moins 3 mois et plus et résidents en Suisse.
²⁾ Grundlage: Unternehmensregister, Mini-Erhebung 1993 / Base: registre des entreprises, mini-enquête 1993.
³⁾ Nicht den Selektionskriterien entsprechende Gefängnisse und Insassen / Prisons et détenus ne remplissant pas les critères de sélection.
⁴⁾ Wovon: Aufenthalt < 3 Monate, Ausländer ohne Wohnsitz oder «Verlegungen-Transfers».
 Dont: séjours de moins de 3 mois, étrangers non résidents ou «déménagements-transferts».
⁵⁾ Bei der Gefangenenbefragung, 12 Fälle von Ablehnungen durch die Gefängnisleitung bzw. kein Interesse oder Ablehnung durch die Gefangenen selbst.
 Pour les interviews de détenus, 12 cas de refus de la part de directions de prisons, sinon «pas d'intérêt» ou refus de la part des détenus eux-mêmes.

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 / Source: Enquête suisse sur la santé 1992/93



10 Bibliographische Hinweise

Atteslander, Peter, *Methoden der empirischen Sozialforschung*, Berlin: De Gruyter, 1995.

Beachtold, A., *Drogenpolitische Grundsätze für den Straf- und Massnahmenvollzug im Kanton Bern*, Bern: Office de la privation de liberté et des mesures d'encadrement, Juli 1993.

Bellis M.A et al., Prevalence of HIV and injecting drug use in men entering Liverpool prison, in: *British Medical Journal*, V. 315, 1997, S. 30-31.

Bird A. G et al., Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testings: results of a cross sectional anonymous questionnaire survey, in: *British Medical Journal*, V. 315, 1997, S. 21-24.

Bourgoin, Nicolas. *Le suicide en prison*, Paris: L'Harmattan, 1994.

Bourgoin, Nicolas, Le suicide en prison. Quelques éléments d'une analyse stratégique, in: *Cahiers internationaux de Sociologie*, V. XCVIII, 1995.

Breuer, Steffan, Foucault et l'après-Foucault: théorie d'une société disciplinaire, in: *Revue internationale des sciences sociales*, Mai 1989, S. 255-268.

Bridgwood, Ann, Malborn, Gill, *Survey of the physical health of the prisoners - preliminary findings*, Office of Population Census and Survey (OPCS, UK), Social Survey division, 1995.

Bundesamt für Statistik, *Les suicides et la tentative de suicide d'après les statistiques officielles suisses*, Bern: BFS, 1971.

Bundesamt für Statistik, *Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992-1993: Grobkonzept*, Bern: BFS-GES, 1992.

Bundesamt für Statistik - BFS aktuell, *Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992-1993. Zur Gesundheit von Personen, die in Spitälern und Heimen sowie im Strafvollzug leben*, Bern: BFS, August 1995.

Bundesamt für Statistik, *Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992-1993: Persönlicher Fragebogen*, Bern: BFS-GES, 1995.

Bundesamt für Statistik, *Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992-1993: Indikatoren*, Bern: BFS-GES, 1995.

Bundesamt für Statistik - Pressemitteilung, *Drogen und Strafrecht*, Bern: BFS, No 95 & 109, November 1994 & Dezember 1995.

10 Références bibliographiques

Atteslander, Peter, *Methoden der empirischen Sozialforschung*, Berlin: De Gruyter, 1995.

Beachtold, A., *Principes de la politique en matière de drogue applicables à l'exécution des peines et mesures dans le canton de Berne*, Berne: Office de la privation de liberté et des mesures d'encadrement, juillet 1993.

Bellis et al., Prevalence of HIV and injecting drug use in men entering Liverpool prison, in: *British Medical Journal*, V. 315, 1997, p.30-31

Bird A. G. et al., Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testings: results of a cross sectional anonymous questionnaire survey, in: *British Medical Journal*, V. 315, 1997, S. 21-24.

Bourgoin, Nicolas, *Le suicide en prison*, Paris: L'Harmattan, 1994.

Bourgoin, Nicolas, Le suicide en prison. Quelques éléments d'une analyse stratégique, in: *Cahiers internationaux de Sociologie*, V. XCVIII, 1995.

Breuer, Steffan, Foucault et l'après-Foucault: théorie d'une société disciplinaire, in: *Revue internationale des sciences sociales*, mai 1989, pp. 255-268.

Bridgwood, Ann, Malborn, Gill, *Survey of the physical health of the prisoners - preliminary findings*, Office of Population Census and Survey (OPCS, UK), Social Survey division, 1995.

OMS, Directives de l'Organisation mondiale de la santé sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons, in: *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique*, No 49, 1993.

Dolan, Kate, AIDS, drugs and risk behaviour in prison: State of the art, in: *Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)*, Bern: Peter Lang, 1997, pp. 213-238.

Estermann, Josef, *Kriminelle Karriere von Gefängnisinsassen (Eine empirische Untersuchung)*, Bern: Peter Lang, 1986.

Estermann J., Maag V., Rónez S., *Drogues et droit pénal en Suisse (Séries chronologiques des dénonciations, jugements pénaux et exécutions de peines 1974-1994)*, Berne: OFS, 1994.

Estermann, Josef, Drogenepidemiologie: Schätzung von Gruppengrössen Dynamik, in: *Revue suisse de sociologie*, 20 (3), 1994, pp. 717-726



Bundesamt für Statistik - Pressemitteilung, *Ausländer und Strafvollzug*, Bern: BFS, 1994.

Bundesamt für Statistik - Bundesamt für Justiz, *Anstalten des Strafvollzugs. Katalog der Anstalten zum Vollzug von Strafen, Massnahmen und Untersuchungshaft in der Schweiz*, Bern, 1995.

Bundesamt für Gesundheit, *Bericht der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951*, Bern, Februar 1996.

Bundesamt für Gesundheit - Commission fédérale d'experts pour les problèmes liés au Sida, *Le Sida en Suisse-1991 (Situation actuelle, mesures prises, perspectives et recommandations jusqu'en 1993)*, Luzern: Keller & Co, 1991.

Dolan, Kate, AIDS, drugs and risk behaviour in prison: State of the art, in: *Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)*, Bern: Peter Lang, 1997, S. 213-238.

Estermann, Josef, *Kriminelle Karrieren von Gefängnisinsassen (Eine empirische Untersuchung)*, Bern: Peter Lang, 1986.

Estermann J., Maag V., Rönz S., *Drogen und Strafrecht in der Schweiz (Verzeigungen, Strafurteile und Strafvollzug im Zeitvergleich 1974-1994)*, Bern: BFS, 1994.

Estermann, Josef, Drogenepidemiologie: Schätzung von Gruppengrösse in Dynamik, in: *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 20 (3), 1994, S. 717-726

Estermann, Josef, *Die Kosten der Drogenrepression. Schätzungen für die Schweiz 1991*, Bern: BFS, 1995.

Estermann, Josef, *Sozialepidemiologie des Drogenkonsums (Zur Prävalenz und Inzidenz des Heroin- und Kokaingebrauchs und dessen polizeiliche Verfolgung)*, Berlin: VWB, 1996.

Facy, Françoise, *Toxicomanes incarcérés vus dans les antennes-toxicomanies (Enquête épidémiologique 1989-1990)*, Paris: INSERM, 1992.

Fahrenkrug, H. et al., *Illegale Drogen in der Schweiz 1990-1993 (Die Lage in den Kantonen und in der Schweiz)*, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen, Zürich: Seismo, 1995.

Foucault, Michel, *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris: Gallimard, 1975.

Gebhardt, Martin, *Aids und HIV in der Schweiz (Epidemiologische Situation Ende 1995)*, Bern: BAG, 1996.

Estermann, Josef, *Consommation et trafic de drogues: les coûts de la répression (Estimations pour la Suisse en 1991)*, Berne: OFS, 1995.

Estermann, Josef, *Sozialepidemiologie des Drogenkonsums (Zur Prävalenz und Incidenz des Heroin- und Kokaingebrauchs und dessen polizeiliche Verfolgung)*, Berlin: VWB, 1996.

Facy, Françoise, *Toxicomanes incarcérés vus dans les antennes-toxicomanies (Enquête épidémiologique 1989-1990)*, Paris: INSERM, 1992.

Fahrenkrug, H. et al., *Drogen illegales en Suisse 1990-1993 (La situation dans les cantons et en Suisse)*, Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, Zürich: Seismo, 1995.

Foucault, Michel, *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris: Gallimard, 1975.

Gebhardt, Martin, *Sida et VIH en Suisse (Situation épidémiologique fin 1995)*, Berne: OFSP, 1996.

Gmel Gerhard, Schmid Holger (éd.), *Alkoholkonsum and anderen Drogen*, in: *Alkoholkonsum in der Schweiz - Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993*, Hamburg: Kovac, 1996.

Harding, T.W., Manghi R., Sanchez G., *Le SIDA en milieu carcéral (Les stratégies de prévention dans les prisons en Suisse)*, Rapport mandaté par l'OFSP, Genève, 1990.

Harding, T.W., Manghi R., Sanchez G., *HIV/AIDS and Prisons (A survey covering 54 prison systems in 45 countries for the WHO Global Programme on AIDS)*, Geneva: University Institute of Legal Medicine, 1990.

HM Prison service, *Drug misuse in prison*, London: HM Prison service.

HM Prison service, *The Review of HIV and Aids in Prison*, London: HM Prison service, 1995.

HM Prison service, *Prison Health: Report of the director of Health care*, London: HM Prison service, 1996.

IPSO - Sozialforschung *Schweizerische Gesundheitsbefragung in Institutionen - Technischer Bericht*, Dübendorf: IPSO, 1994.

Karger, Thomas, *Forschungsprojekt «Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im Schweizerische Strafvollzug» (Zwischenbericht)*, Zurich: Institut für Suchtforschung, 1996.

- Gmel Gerhard, Schmid Holger (éd.), *Alkoholkonsum and anderen Drogen*, in: *Alkoholkonsum in der Schweiz - Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993*, Hamburg: Kovac, 1996.
- Harding, T.W., Manghi R., Sanchez G., *Le SIDA en milieu carcéral (Les stratégies de prévention dans les prisons en Suisse)*, Im Auftrag des BAG, Genève, 1990.
- Harding, T.W., Manghi R., Sanchez G., *HIV/AIDS and Prisons (A survey covering 54 prison systems in 45 countries for the WHO Global Programme on AIDS)*, Geneva: University Institute of Legal Medicine, 1990.
- HM Prison service, *Drug misuse in prison*, London: HM Prison service.
- HM Prison service, *The Review of HIV and Aids in Prison*, London: HM Prison service, 1995.
- HM Prison, service *Prison Health: Report of the director of Health care*, London: HM Prison service, 1996.
- IPSO - Sozialforschung *Schweizerische Gesundheitsbefragung in Institutionen - Technischer Bericht*, Dübendorf: IPSO, 1994.
- Karger, Thomas, *Forschungsprojekt «Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im Schweizerischen Strafvollzug» (Zwischenbericht)*, Zürich: Institut für Suchtforschung, 1996.
- Kaufmann B., Dobler-Mikola, Die kontrollierte Opiateabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün - Forschungsplan und erste Zwischenergebnisse, in: *Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)*, Bern: Peter Lang, 1997, S. 135-160.
- Knolle, Helmut, Zunehmender Heroin- und Kokainkonsum in der Schweiz seit 1990: Anwendung eines verallgemeinerten Poisson-Ansatzes auf Anzeigendaten, in: *Sozial- und Präventivmedizin*, 42, 1997.
- Koller, Christophe, La consommation de drogues dans les prisons suisses (Résultats d'une enquête par interviews réalisée en 1993), in: *Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)*, Bern: Peter Lang, 1996 (auch auf englisch).
- Lehto, Juhani, *A socioecological approach to Health in prison* (A paper to be presented at the Quality Health Care Conference in Liverpool, 29 March 1994), Copenhagen: Alcohol, Drugs and Tobacco Unit, WHO Regional Office for Europe, 1994.
- Kaufmann B., Dobler-Mikola, Die kontrollierte Opiateabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün - Forschungsplan und erste Zwischenergebnisse, in: *Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)*, Bern: Peter Lang, 1997, pp. 135-160.
- Knolle, Helmut, Zunehmender Heroin- und Kokainkonsum in der Schweiz seit 1990: Anwendung eines verallgemeinerten Poisson-Ansatzes auf Anzeigendaten, in: *Sozial und Präventivmedizin*, 42, 1997.
- Koller, Christophe, La consommation de drogues dans les prisons suisses (Résultats d'une enquête par interviews réalisée en 1993), in: *Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)*, Bern: Peter Lang, 1996.
- Lehto, Juhani, *A socioecological approach to Health in prison* (A paper to be presented at the Quality Health Care Conference in Liverpool, 29 March 1994), Alcohol, Drugs and Tobacco Unit, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1994.
- Liebling, Alison, *Suicides in prison*, London: Routledge, 1992.
- Mason D., Birmingham L., Grubin D., Substance use in remand prisoners: a consecutive case study, in: *British Medical Journal*, V. 315, 1997, S. 18-21.
- Meyenberg, R., Stöver H., Jakob J., Pospeschill M., *Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug*, Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg, 1996.
- Montandon C., Crettaz B., *Paroles de gardiens, paroles de détenus (Bruits et silences de l'enfermement)*, Genève: Médecine et Hygiène, 1981.
- Morabia, Alfredo, *Epidémiologie causale (Principes, exemples, théories)*, Genève: Médecine et Hygiène, 1996.
- Nelles J., Waldvogel D., Maurer C., Aebischer C., Fuhrer A., Hirsbrunner H.P., *Pilotprojekt Drogen- und HIV - Prävention in den Anstalten in Hindelbank (Schlussbericht der Evaluation)*, Bern: Psychiatrische Universitätsklinik, im Auftrag des BAG, 1995.
- Nelles J., Fuhrer A., *Drogen- und HIV- Prävention in der Anstalten in Hindelbank (Kurzbericht über die Evaluation)*, Bern: Psychiatrische Universitätsklinik, im Auftrag des BAG, 1995.
- Nelles J., Fuhrer A. (Ed./Hrsg.) *Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)*, Bern: Peter Lang, 1997.



- Liebling, Alison, *Suicides in prison*, London: Routledge, 1992.
- Mason D., Birmingham L., Grubin D., Substance use in remand prisoners: a consecutive case study, in: *British Medical Journal*, V. 315, 1997, S. 18-21.
- Meyenberg, R., Stöver H., Jakob J., Pospeschill M., *Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug*, Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg, 1996.
- Montandon C., Crettaz B., *Paroles de gardiens, paroles de détenus (Bruits et silences de l'enfermement)*, Genève: Médecine et Hygiène, 1981.
- Morabia, Alfredo, *Epidémiologie causale (Principes, exemples, théories)*, Genève: Médecine et Hygiène, 1996.
- Nelles J., Waldvogel D., Maurer C., Aebischer C., Fuhrer A., Hirsbrunner H.P, *Pilotprojekt Drogen- und HIV - Prävention in den Anstalten in Hindelbank (Schlussbericht der Evaluation)*, Bern: Psychiatrische Universitätsklinik, im Auftrag des BAG, 1995.
- Nelles J., Fuhrer A., *Drogen- und HIV- Prävention in den Anstalten in Hindelbank (Kurzbericht über die Evaluation)*, Bern: Psychiatrische Universitätsklinik, im Auftrag des BAG, 1995.
- Nelles J., Fuhrer A. (Ed./Hrsg.) *Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)*, Bern: Peter Lang, 1997.
- Otero-Lopez et al., An empirical study of the relation between drug abuse and delinquency among adolescents, in: *British Journal of Criminology*, vol. 34, 1994, S. 459-478
- Preliminary estimates from the 1993 national household survey on drug abuse (NHSDA)*, U.S. Department of Health and Human Services: Public Health Service, 1994.
- Methadonbericht (Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz) (dritte Auflage)*, Eidgenössische Betäubungsmittelkommission, Arbeitsgruppe Methadon der Subkommission «Drogenfragen», Bern, Dezember 1995.
- Rapport de la commission d'experts relatif au postulat Gadiant «*Crise dans l'exécution des peines et mesures*», Bern, 1995.
- Rehm, Jurgen, Konsumformen und Verbreitung illegaler Drogen in der Schweiz in: *Illegale Drogen in der Schweiz 1990-1993*, Zürich: Seismo, 1995, S. 13-34
- Rehm, Jurgen, Zur sozialen Lage der Drogenkonsumenten/-innen, in: *Illegale Drogen in der Schweiz 1990-1993*, Zürich: Seismo, 1995, S. 25-54
- Office fédéral de la statistique, *Les suicides et la tentative de suicide d'après les statistiques officielles suisses*, Berne: OFS, 1971.
- Office fédéral de la statistique, *Enquête suisse sur la santé 1992/93: Conception générale*, Berne: OFS-GES, 1992.
- Office fédéral de la statistique - Actualités OFS, *Enquête suisse sur la santé 1992-93: La santé des personnes séjournant dans un hôpital, un établissement de santé non hospitalier ou un établissement d'exécution des peines*, Berne: OFS, août 1995.
- Office fédéral de la statistique, *Enquête suisse sur la santé 1992-93: Questionnaire face à face*, Berne: OFS-GES, 1995.
- Office fédéral de la statistique, *Enquête suisse sur la santé 1992-93: indicateurs définitifs et acceptés*, Berne: OFS-GES, 199.
- Office fédéral de la statistique - Communiqué de presse, *Drogues et droit pénal*, Berne: OFS, No 95 & 109, novembre 1994 & décembre 1995.
- Office fédéral de la statistique - Communiqué de presse, *Etrangers et exécution des peines*, Berne: OFS, 1994.
- Office fédéral de la statistique - Office fédéral de la justice, *Catalogue des établissements destinés à l'exécution des peines, des mesures et de la détention préventive en Suisse*, Berne, 1995.
- Office fédéral de la santé publique - Commission fédérale d'experts pour les problèmes liés au Sida, *Le Sida en Suisse-1991 (Situation actuelle, mesures prises, perspectives et recommandations jusqu'en 1993)*, Luzern: Keller & Co, 1991.
- Office fédéral de la santé publique, *Rapport de la commission d'experts pour la révision de la loi du 5 octobre 1951 sur les stupéfiants*, Berne, février 1996.
- Otero-Lopez et al., An empirical study of the relation between drug abuse and delinquency among adolescents, in: *British Journal of Criminology*, vol. 34, 1994, pp. 459-478
- Preliminary estimates from the 1993 national household survey on drug abuse (NHSDA)*, U.S. Department of Health and Human Services: Public Health Service, 1994.
- Rapport sur la méthadone (Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse) (troisième édition)*, Commission fédérale des stupéfiants, Groupe de travail Méthadone de la sous-commission «Drogues», Berne, décembre 1995.

Robert, C.N., *La détention préventive en Suisse romande et notamment à Genève*, Genève: Georg, 1972.

Röncz, Simone, *Schweizerische Strafvollzugsstatistik 1995 (Insassenbewegungen und Insassenbestände)*, Bern: BFS, 1996.

Rotily M., Galinier-Pujol Anne, Obadia Y. et al., *HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons*, in: *AIDS*, 8, 1994, S. 1341-1344.

Schaller Georgette, Harding Timothy, L'information sur les risques pour la santé en prison: évaluation d'un dépliant, in: *Sozial- u. Präventivmedizin*, 41, 1996, S. 288-294

Schaller G., Zimmermann C., Raymond L., Facteurs de risque des gestes auto-agressifs dans une prison suisse, in: *Sozial- und Präventivmedizin*, 41, 1996, S. 249-256

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), *Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen*, 1993.

Storz, Renate, *Wiederholte strafrechtliche Verurteilungen (zur Frage nach kriminellen Karrieren)*, Bern: BFS, 1995.

Storz, Renate, *Rückfall nach Strafvollzug: Rückfallraten (Kriminalstatistische Befunde zu Wiederverurteilungen und Wiedereinweisungen)*, Bern: BFS, 1997.

Storz, Renate, *Strafrechtliche Verurteilung und Rückfallraten*, Bern: BFS, 1997.

Stöver, H., Jakob, J. et Keppler, H., HIV/AIDS und intravenöser Drogenkonsum im Justizvollzug, in: *AIDS und HIV - Infektionen (Diagnostik-Klinik-Behandlung Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis)*, Herausgegeben H. Jäger, Landberg, 1988.

The Survey of Inmates of Jails, 1989, USA: Bureau of the Census (for the Bureau of Justice Statistics (BJS), 1991, 1993.

Uchtenhagen, Ambros, Drug prevention outside and inside of prison walls, in: *Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)*, Bern: Peter Lang, 1997, S. 201-212.

Viaggiani, Nick de, Healthy prisons: a vision for the future (An international Conference on Healthy prisons, Liverpool 24-27 march 1996, Conference report), in: *The Journal of contemporary health*, issue 4 / summer 1996, S. 22-28

Rapport de la commission d'experts relatif au postulat Gadiant «Crise dans l'exécution des peines et mesures», Berne, 1995.

Rehm, Jurgen, Mode de consommation et répartition des drogues en Suisse, in: *Drogues illégales en Suisse 1990-1993*, Zürich: Seismo, 1995, pp. 13-34

Rehm, Jurgen, Situation sociale des consommateurs de drogues, in: *Drogues illégales en Suisse 1990-1993*, Zürich: Seismo, 1995, pp. 25-54

Robert, C.N., *La détention préventive en Suisse romande et notamment à Genève*, Genève: Georg, 1972.

Röncz, Simone, *Statistique pénitentiaire suisse 1995 (Flux et effectifs de la population pénitentiaire)*, Berne: OFS, 1996.

Rotily M., Galinier-Pujol Anne, Obadia Y. et al., *HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons*, in: *AIDS*, 8, 1994, pp. 1341-1344.

Schaller Georgette, Harding Timothy, L'information sur les risques pour la santé en prison: évaluation d'un dépliant, in: *Sozial u. Präventivmedizin*, 41, 1996, pp. 288-294

Schaller G., Zimmermann C., Raymond L., Facteurs de risque des gestes auto-agressifs dans une prison suisse, in: *Sozial und Präventivmedizin*, 41, 1996, pp. 249-256

Schweizerische Fachstelle für alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), *Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen*, 1993.

Storz, Renate, *Une condamnation pénale entraîne-t-elle d'autres? (De l'existence de trajectoires criminelles)*, Berne: OFS, 1995.

Storz, Renate, *Taux de récidive (Statistiques de la criminalité: recondamnations et réincarcérations)*, Berne: OFS, 1997.

Storz, Renate, *Condamnations pénales et taux de récidive*, Berne: OFS, 1997.

Stöver, H., Jakob, J. et Keppler, H., HIV/AIDS und intravenöser Drogenkonsum im Justizvollzug, in: *AIDS und HIV - Infektionen (Diagnostik-Klinik-Behandlung Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis)*, Herausgegeben H. Jäger, Landberg, 1988.

The Survey of Inmates Jails, 1989, USA: Bureau of the Census (for the Bureau of Justice Statistics (BJS), 1991, 1993.

Voll Peter, Gauthier Jacques-Antoine, *Ambulante Suchtberatung 1994. Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich (SAMBAD), Pilotbericht zu den Ergebnissen des 1. Halbjahres (Juli bis Dezember 1994)*, Lausanne: ISPA-BFS, 1996.

Vonlanthen, Christian, *Statistische Methoden der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992-93*, Bern: BFS, 1997.

WHO, Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezüglich HIV-Infektion und Aids in den Gefängnissen, in: *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen*, Nr. 49, 1993.

Zeegers Paget, Dina, HIV- und Aidsprävention in Untersuchungsgefängnissen und Vollzugsanstalten, in: *Aids Infothek (Das Magazin der Aids Info Docu Schweiz)*, 5 / 1996.

Zimmermann Erwin, Allmen von, Malik, Rouge Stella, *Evolution de la santé mentale pendant les 60 premiers jours de détention préventive à la prison de Champ-Dollon (Problématique et principaux enseignements d'une étude-pilote menée d'octobre 1982 à mars 1983)*, Genève: Institut de médecine légale, unité de recherche, 1983.

Uchtenhagen, Ambros, Drug prevention outside and inside of prison walls, in: *Harm Reduction in Prison (Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour)*, Bern: Peter Lang, 1997, pp. 201-212.

Viaggiani, Nick de, Healthy prisons: a vision for the future (An international Conference on Healthy prisons, Liverpool 24-27 march 1996, Conference report), in: *The Journal of contemporary health*, issue 4 / summer 1996, pp. 22-28

Voll Peter, Gauthier Jacques-Antoine, Prises en charge ambulatoire en 1994. Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoire dans le domaine de l'alcool et de la drogue (SAMBAD), *Rapport pilote sur les résultats du premier semestre d'exploitation (Juillet-décembre 1994)*, Lausanne: ISPA-OFS, 1996

Vonlanthen, Christian, *Méthodes statistiques de l'enquête suisse sur la santé 1992-93*, Berne: OFS, 1997.

Zeegers Paget, Dina, HIV- und Aidsprävention in Untersuchungsgefängnissen und Vollzugsanstalten, in: *Aids Infothek (Das Magazin der Aids Info Docu Schweiz)*, 5 / 1996.

Zimmermann Erwin, Allmen von, Malik, Rouge Stella, *Evolution de la santé mentale pendant les 60 premiers jours de détention préventive à la prison de Champ-Dollon (Problématique et principaux enseignements d'une étude-pilote menée d'octobre 1982 à mars 1983)*, Genève: Institut de médecine légale, unité de recherche, 1983.

Publikationsprogramm BFS

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat – als zentrale Statistikstelle des Bundes – die Aufgabe, statistische Informationen breiten Benutzerkreisen zur Verfügung zu stellen.

Die Verbreitung der statistischen Information geschieht gegliedert nach Fachbereichen (vgl. Umschlagseite 2) und mit verschiedenen Mitteln:

Diffusionsmittel	Kontakt N° à composer	Moyen de diffusion
Individuelle Auskünfte	031 323 60 11	Service de renseignements individuels
Das BFS im Internet	http://www.admin.ch/bfs	L'OFS sur Internet
Medienmitteilungen zur raschen Information der Öffentlichkeit über die neusten Ergebnisse	031 323 60 11	Communiqués de presse: information rapide concernant les résultats les plus récents
Publikationen zur vertieften Information (zum Teil auch als Diskette)	031 323 60 60	Publications: information approfondie (certaines sont disponibles sur disquette)
Online-Datenbank	031 323 60 86	Banque de données (accessible en ligne)

Nähere Angaben zu den verschiedenen Diffusionsmitteln liefert das alle 2 Jahre nachgeführte **Publikationsverzeichnis**. Es kann gratis bezogen werden über 031 323 60 60.

Programme des publications de l'OFS

En sa qualité de service central de statistique de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public.

L'information statistique est diffusée par domaine (cf. verso de la première page de couverture); elle emprunte diverses voies:

La **Liste des publications**, qui est mise à jour tous les deux ans, donne davantage de détails sur les divers moyens de diffusion. Pour la recevoir, il suffit de la demander au n° 031 323 60 60.

Gesundheit

Im Fachbereich 14 Gesundheit erscheinen folgende Publikationen:

- Todesursachenstatistik 1994
- Tabellen (Bestell-Nr. 069-9400)
- Beschäftigte im Gesundheitswesen
- Eine Analyse der Daten aus den Betriebszählungen von 1985 und 1991 (Bestell-Nr. 046-0)
- Gesundheitsberufe in der Schweiz
- Kantonsprofile 1992/93 (Bestell-Nr. 129-9300)
- Gesundheitsstatistiken der Schweiz - Register 1992/93
- Permanente und periodische Erhebungen im Gesundheitssektor (Bestell-Nr. 143-9300)
- Kosten des Gesundheitswesens
- Entwicklung in der Periode 1960-1995 und aktuelle detaillierte Ergebnisse (Bestell-Nr. 026-9500)
- Statistische Methoden der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93, Bern BFS, 1997 (Bestell-Nr. 213-9302)
- Ambulante Suchtberatung 1995, Bern BFS, 1997 (Bestell-Nr. 229-9500)

STATINF, die Online-Datenbank des BFS, vermittelt Angaben aus dem Gesundheitsindikatorenprogramm der WHO bezogen auf die Kantone.

Santé

La série des publications consacrées à la santé (domaine 14) comprend les fascicules suivants:

- Statistique des causes de décès en 1994
- Tableaux (N° de commande 069-9400)
- Emplois dans le domaine de la santé
- Une analyse des données des recensements des entreprises de 1985 et de 1991 (N° de commande 046-0)
- Professions de la santé en Suisse
- Profils cantonaux 1992/93 (N° de commande 129-9300)
- Statistiques sanitaires en Suisse - Répertoire 1992/93
- Relevés permanents et périodiques dans le domaine de la santé (N° de commande 143-9300)
- Coûts du système de santé
- Evolution durant la période 1960 à 1995 et résultats détaillés récents (N° de commande 026-9500)
- Méthodes statistiques de l'enquête suisse sur la santé 1992-93, Berne OFS, 1997 (N° de commande 213-9301)
- Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 1995, Berne OFS, 1997 (N° de commande 229-9500)

STATINF, la banque de données de l'OFS, fournit les informations tirées du programme d'indicateurs sanitaires de l'OMS relative aux cantons.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung unter den Gefängnisinsassen von 1993 ist die erste dieser Art in der Schweiz. Die Erhebung ermöglicht direkte Vergleiche mit der Gesamtbevölkerung, da sie auf derselben methodischen Grundlage beruht. Sie gibt Aufschluss über Morbidität, Risiko- und Präventivverhalten und die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen seitens der Gefangenen. Den Behörden und Forschern liefert sie notwendige Informationen zur Entwicklung von Präventionsstrategien im Gefängnisumfeld, und sie zeigt auf, inwiefern die Wahrung eines guten Gesundheitszustands auch bei den Insassen von Bedeutung ist.

Zusammenfassend kann man sagen, dass der Gesundheitszustand der Gefangenen in der Schweiz insgesamt deutlich weniger gut ist als jener der Bevölkerung in Freiheit. Gefangene haben zudem eine nahezu achtmal höhere Sterbewahrscheinlichkeit als die Menschen in den Privathaushalten. Der Konsum aller Arten von Drogen (legale und illegale) ist wesentlich stärker verbreitet, und auch Fälle von Mehrfachabhängigkeit kommen bei den Insassen häufiger vor.

L'enquête suisse sur la santé réalisée auprès des détenus en 1993 est la première enquête représentative de ce genre effectuée en Suisse. Cette enquête permet de réaliser des comparaisons directes avec la population générale puisqu'elle utilise une méthodologie identique. Elle fournit des renseignements de nature à améliorer nos connaissances de la morbidité, des comportements à risques et préventifs et contribue à évaluer le recours aux services de santé de la part des détenus. Elle met à disposition des autorités et des chercheurs des données nécessaires à la mise en place de stratégies de prévention en prison et explique en quoi le maintien d'un bon état de santé est important également en milieu carcéral.

Les principaux résultats de l'étude relèvent que l'état de santé des personnes incarcérées en Suisse est nettement moins bon que celui de la population libre. Un détenu aura, en outre, près de huit fois plus de chance de décéder qu'une personne vivant dans un ménage privé. La consommation de tous les types de drogues (licites ou illicites) est nettement plus élevée auprès des personnes incarcérées et les cas de polytoxicomanies y sont plus fréquents.