

## LA GESTION D'UN SERVICE D'ARCHIVES INTERMÉDIAIRES : PROCESSUS, PROCEDURES ET TABLEAUX DE BORD

L'exemple des Archives centrales des Hôpitaux universitaires de Genève

JEAN-DANIEL ZELLER

### Avant-propos théorique

Bien que la gestion des archives intermédiaires soit régulièrement citée dans la littérature archivistique (parfois sous la dénomination de préarchivage/*Vorarchivierung*) comme faisant partie intégrante du processus archivistique, force est de constater que peu d'auteurs se sont réellement penchés sur l'organisation pratique de cette partie de la chaîne archivistique. Cela tient probablement aux raisons suivantes :

- La plupart des services d'archives estiment qu'une fois qu'un plan de classement et qu'un tableau de tri (calendrier de conservation) sont établis, les services producteurs sont en mesure de gérer correctement eux-mêmes leur production documentaire courante.
- Les services d'archives ont longtemps répugné à intervenir au moment de la production du document, estimant que leur intervention fausserait à la base le principe du respect des fonds, en influant sur leur constitution même et que par là disparaîtrait l'aspect organique qu'ils sont sensés avoir (on peut néanmoins soupçonner certains archivistes d'utiliser cet argument pour ne pas avoir à mettre la main à la pâte. Ceci est assez bien illustré par les controverses de ces dernières décennies entre les archivistes et les records managers nord-américains).
- Enfin, l'extrême diversité des lieux et des modes de production des archives a découragé les tentatives de formaliser de manière autre que très générale cette étape du processus.

On peut se rendre compte de l'évolution de cet état d'esprit en collationnant un florilège de citations de la *Gazette des Archives* des années 1960-70. Ainsi, Yves Pérotin, dans un article de 1964, souligne que : « ...l'Angleterre comme les Etats-Unis, considère que le *records management* représente, dans l'administration des archives, une activité aussi importante

que la conservation des archives classiques. » et regrette un peu plus loin qu'en France « les « bureaux d'ordre » sont le plus souvent morts avec les anciennes méthodes de travail ou réduits à des services de courrier. » ce qui ne semble pas être le cas des *registries* anglais<sup>1</sup>. Un peu plus tard, Christian Wilsdorf affirme au début de son article que « la tenue des archives courantes est une matière qui ne fait pas l'objet de traités théoriques, mais elle n'en est pas moins capitale. » et conclut son introduction par des principes lapidaires sur la tenue de ces archives : « Ils se résument en deux recettes qui pratiquement n'en font qu'une : établir un bon cadre de classement et ranger matériellement les pièces avec grand soin »<sup>2</sup>. De manière peut-être prophétique, Gérard Naud affirme plus tard que « le pré-archivage est sans doute une solution à envisager pour un proche avenir : il est même probable qu'une telle orientation est inévitable, ... » Un peu plus loin, il fait cette mise en garde à propos de l'utilisation du terme pré-archivage « ... il y a danger, en retenant cette expression, d'accepter progressivement l'idée qu'il n'y a de vraies archives qu'« historiques ». ». Il argumente ensuite sur la nécessité de collationner dès leur constitution les informations qui permettront de mener l'analyse archivistique ultérieure<sup>3</sup>. Enfin, Jean Valette, à propos de documents de longue durée administrative que sont les dossiers de personnel, ce que sont également les dossiers médicaux, affirme que « ... la préparation des éliminations doit avoir lieu dès l'âge intermédiaire, ... » et il en tire les conséquences dans sa conclusion : « ... la révolution qu'entraîne la prise de conscience que le préarchivage - c'est-à-dire la gestion des dossiers encore utiles à l'administration - est du ressort des Archives implique et des moyens considérables et des modifications dans les modes de penser et d'agir traditionnels. »<sup>4</sup>

L'évolution administrative d'après-guerre allait rendre cette problématique plus aiguë. Dans le chapitre 5 de *La pratique archivistique française* de 1993 traitant des archives contemporaines, sous la plume de Christine Pétilat et d'Hélène Prax, il est d'emblée fait allusion au passage de l'archivistique de la rareté à celle de l'abondance. Ce chapitre constitue

---

<sup>1</sup> Le records management et l'administration anglaise, Yves PEROTIN, *Gazette des Archives*, no 44, 1964, p. 5-17. [<http://90plan.ovh.net/~archivis/IMG/Art44.pdf>]

<sup>2</sup> La tenue des archives courantes dans les administrations de l'état et des départements et la pratique des versements, Christian WILSDORF, *Gazette des Archives*, no 55, 1966, p. 253-260 [<http://90plan.ovh.net/~archivis/IMG/Art55.pdf>]

<sup>3</sup> « Pré-archiver » ? D'abord, analyser, Gérard NAUD, *Gazette des Archives*, no 75, 1971, p. 185-189. [<http://90plan.ovh.net/~archivis/IMG/Art75.pdf>]

<sup>4</sup> Réflexions sur le préarchivage et l'archivage des dossiers du personnel, Jean VALETTE, *Gazette des Archives*, no 83, 1973, p. 253-259 [<http://90plan.ovh.net/~archivis/IMG/Art83.pdf>]

certainement une très bonne théorisation de la problématique, particulièrement en ce qui concerne la difficulté de maîtrise de l'âge intermédiaire.<sup>1</sup>

Peu après, l'AAF y consacra une journée d'étude<sup>2</sup>. Les communications d'alors marquent un certain désenchantement par rapport aux activités de pré-archivage des trente années précédentes. L'étude internationale présentée par Carol Couture en début de dossier montre que si de nombreux pays étaient conscients de la problématique, peu d'entre eux avaient pu mettre en place des politiques et des moyens efficaces pour cette gestion. On trouve en filigrane d'une bonne partie des communications suivantes l'exposé lancinant des coûts et des manques de moyens, sans pour autant y voir quelques solutions. Je vois cependant dans les propos de Jean Luquet (p 395-396), qui oppose l'objet « fini » du patrimoine archivistique historique au « processus » d'objets en devenir qu'est le patrimoine contemporain, une anticipation aux propos de cet article.

Nonobstant tous ces diagnostics pertinents, force est de constater que les mises en œuvre pratiques ont souvent manqué. Aujourd'hui, l'explosion documentaire, les démarches qualité et l'émergence dans la communauté archivistique internationale de la thématique du *Records management* rendent plus que jamais nécessaire une gestion explicite des ces documents.

La situation décrite dans ce texte s'est développée sur près d'une décennie (1992-2003) et préalablement à la publication de la norme ISO-15489 sur le *Records management*. Sa mise en place ne suit donc pas les étapes recommandées par la norme, quoique dans bien des cas, nous ayons fait, comme M. Jourdain, du *Records management* sans le savoir.

### **Contexte institutionnel**

Lors de sa création en 1856, l'Hôpital cantonal n'avait pas de système d'archivage central. Le volume des dossiers était faible, la priorité de l'activité était dévolue aux soins médicaux. Ce n'est qu'à partir de l'après guerre que la problématique de la gestion des dossiers commencera lentement à faire son apparition. Les raisons principales en sont, d'une part, l'accroissement de la population du canton, nettement sensible dès les années 1950 (voir le tableau de l'évolution de l'activité hospitalière en annexes 1 et 2) ; et d'autre part, l'augmentation des actes médico-techniques

---

<sup>1</sup> *La Pratique archivistique française*, Direction des Archives de France, 1993, p. 231-312.

<sup>2</sup> *Gazette des Archives*, no 170-171, 1995, p. 335-443.

liés aux progrès de la médecine, engendrant l'accroissement parallèle du volume des dossiers. Cet évolution amènera la reconstruction de l'hôpital, décidée dès la fin de la guerre, mais qui s'étalera effectivement en 3 étapes de construction entre 1951 et 1995 (45 ans !!!).

Les Hôpitaux universitaires de Genève, forment depuis 1995 un réseau d'établissements hospitaliers, comptant près de 7'900 collaborateurs travaillant sur 5 sites géographiques, totalisant 2185 lits, et offrant annuellement environs 175'000 hospitalisations (HC: 52'000) et 620'000 consultations ambulatoires (chiffres 2001). Il est issu du regroupement des établissements suivants :

<b>Etablissement</b>	<b>Créé en*</b>	<b>Type de soins</b>	<b>Lits</b>
Hôpital cantonal (HC)	1856	Soins aigus (i.c. pédiatrie et maternité)	1'176
Hôpital psychiatrique (HOPSY)	1900	Psychiatrie	343
Hôpital de Loëx	1900	Soins de longue durée	268
Hôpital gériatrique (HOGER)	1970	Gériatrie	293
Centre de soins continus (CESCO)	1980	Soins palliatifs	105
<i>* sur leur site actuel</i>			<b><i>Total des lits (en 2001)</i></b>
			<b><i>2'185</i></b>

Cette division, issue de l'héritage historique, tend à être remplacée par une organisation davantage répartie, en fonction des spécialités médicales, regroupées actuellement en 11 départements médicaux, correspondant également aux activités académiques que se doit d'assumer un hôpital universitaire.

Cette organisation en départements médicaux recouvre actuellement en grande partie l'organisation des archives courantes (dont 80% sont formées par des dossiers médicaux). Actuellement, 8 des 12 départements médicaux ont un service de gestion des dossiers courants, occupant de 1 à 15 personnes selon les cas. A ces structures s'ajoute un service des archives centrales (4,5 postes fixes) et une centrale de microfilmage (5 postes), qui devrait se transformer courant 2005 en une centrale de numérisation.

Les documents médicaux représentent une production d'environ 1'200 mètres linéaires annuels, dont un quart du volume est microfilmé dans un délai de 6 à 36 mois. Après une période de gestion variant de 5 à 10 ans suivant les services, les dossiers médicaux sont transférés aux archives

centrales en ce qui concerne les départements (9) se situant sur le site de l'hôpital cantonal.

Depuis 1987, suite à une votation populaire, les patients genevois ont le droit d'accéder à leur dossier. Cet accès est défini dans la loi concernant les rapports entre membres des professions de la santé et patients<sup>1</sup> et fait l'objet d'une directive interne des HUG quant à ses modalités pratiques de mise en œuvre, en clarifiant les ayants droit pour des catégories particulières de patients comme les enfants, les personnes sous tutelle, les cas psychiatriques, etc. Cet accès étant sous la responsabilité des chefs des services médicaux, il n'a pas d'incidence directe sur la gestion des dossiers archivés, car les archives centrales ne sont pas habilitées à communiquer les dossiers. Ainsi, les requêtes courantes de ce type sont gérées par les services médicaux, qui demandent éventuellement les anciens dossiers aux Archives centrales sans que celles-ci aient connaissance du fait qu'il s'agit d'un accès au dossier par le patient. Par contre, le service des archives, qui conserve les répertoires et index antérieurs à l'informatisation et a accès à la base de données administrative des patients (existant pour les hospitalisations depuis 1978), sert de service d'orientation pour les demandeurs qui ne se rappellent plus précisément des circonstances de leur séjour ou de leur traitement médical. Le fédéralisme suisse ayant attribué la compétence du domaine de la santé au niveau cantonal, les pratiques décrites ici ne concernent que le canton de Genève.<sup>2</sup>

Par ailleurs, les dossiers sont également utilisés à des fins de recherche médicale. Cependant, deux facteurs ont fait progressivement diminuer ce type de demande ces dernières années. Premièrement, la pratique de la recherche rétrospective pour des objectifs d'enseignement s'est vu progressivement remplacée par des recherches prospectives. Celles-ci consistent à établir des questionnaires spécifiques qui sont remplis au fil du traitement puis extraits des dossiers à leur clôture pour être exploités séparément. A ce niveau, les seules recherches encore effectuées directement sur les dossiers eux-mêmes sont de type épidémiologiques (quoique dans ce domaine également, on utilise de plus en plus des questionnaires, car on s'intéresse aussi à la population en bonne santé, qui n'a pas de dossier médical). Deuxièmement, la collecte de l'information concernant la

---

<sup>1</sup> K 1 30, du 6 décembre 1987 [[http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg\\_k1\\_80.html](http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_k1_80.html)].

<sup>2</sup> Pour une vision plus détaillée du paysage helvétique en ce qui concerne la gestion des dossiers médicaux, de référer à : Les archives médicales en Suisse, Jean-Daniel ZELLER, in : *ArchiV*, *Bulletin de l'ADELITAD*, Dossier sur les Archives hospitalières, no 22, janvier 2004, pp. 30-33 [<http://adelitad.free.fr/Pageshtml/ArchiV.htm>]

trajectoire des patients (dès 1978 pour les hospitalisations, dès 1982 pour les traitements ambulatoires), puis l'ajout progressif des informations diagnostiques et des résultats d'examen ont permis la constitution d'une vaste base de données, ultérieurement historicisée, qui autorise la constitution d'échantillons de cas médicaux spécifiques de manière bien plus aisée et rapide que ne le permettait la consultation systématique des dossiers.<sup>1</sup> La mise à disposition de cet outil dès 1995 a également fait diminuer de manière significative le recours aux dossiers pour la recherche.

## **Chronologie**

### *Normalisation (1992-1994)*

Compte tenu du contexte (à l'arrivée de l'archiviste principal en 1989), il est apparu illusoire de pouvoir créer des archives médicales centrales d'un seul coup. Par contre, la normalisation des pratiques s'imposait. Durant cette période, au gré des réorganisations de services ou de redistributions de locaux, l'archiviste principal s'est efforcé d'uniformiser les pratiques. Entre autres, en ce qui concerne les supports du dossier médical (dossier A4 suspendu) et leur mode de classement et de gestion (classement à la date de naissance, indexation à l'année de dernier traitement pour permettre l'éloignement géographique des dossiers inactifs).

Il avait par ailleurs été négocié avec les Archives d'Etat le principe de l'élimination des dossiers 20 ans après le dernier passage du patient dans les services (ce qui implique la maîtrise de cette date limite) et l'échantillonnage historique des dossiers des patients dont le nom ou le nom de naissance commencent par B (ce qui implique un travail de tri non négligeable).

Des démarches semblables, mais différenciées compte tenu des spécificités médicales, étaient entreprises durant la même période dans le cadre des IUPG (psychiatrie et gériatrie), institutions alors séparées administrativement de l'Hôpital cantonal.

---

<sup>1</sup> Pour plus de détail concernant cette base de données, lire : Jean-Daniel ZELLER, ARCHIMED, une base de données historicisée au quotidien, In : « Mémoire électronique, archivage et travail des historiens du futur », *Bulletin de l'association Histoire et Informatique* (vol. 12/14, 2002/2003, pp. 89-102)  
[Résumé : <http://www.ahc-ch.ch/f/journees/2003/programme.php>]

Parallèlement, à travers la sélection et le microfilmage des dossiers des services ayant adopté ce support, une normalisation de l'ordonnancement des documents du dossier médical s'est peu à peu imposée.

#### *Décentralisation départementale dès 1994*

La réorganisation des départements médicaux initiée par le plan directeur de 1994 a fourni l'opportunité à l'archiviste principal de proposer au comité de direction d'alors un projet de réorganisation à deux niveaux des dossiers médicaux :

- Des archives départementales conservant les dossiers durant 10 ans (en moyenne).
- Des archives centrales conservant les dossiers de 10 à 20 ans et effectuant le tri final avant destruction ou transfert des dossiers « lettre B » aux Archives d'Etat.

Cette proposition entérinait des situations déjà existantes (pédiatrie), partiellement réalisées (chirurgie), ou complètement à construire (maternité, médecine, neurosciences).

#### *Création des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG, 1995)*

La création des HUG en 1995 ne changeait pas radicalement la donne puisque les départements de psychiatrie, de gériatrie et de Loëx suivaient la même structure médico-administrative et possédaient pour la plupart une gestion centralisée des dossiers médicaux, correspondant au concept d'archives départementales. Elle impliquait par contre le quasi doublement du volume à traiter, sans augmentation de moyens à ce jour, ainsi que l'étude d'un archivage centralisé pour le site Belle-Idée.

#### *Réorganisation structurelle du Secrétariat général des HUG (1999)*

La fusion des cinq établissements en une seule entité Hôpitaux universitaires de Genève, dès 1995, s'est déroulée en plusieurs années et dans le sens bottom-up. C'est donc d'abord les services opérationnels qui ont fusionné, puis ensuite les niveaux directoriaux. Ainsi, c'est seulement en 1999 que le Secrétariat général (dont dépendent les archives centrales) est devenu unique. Cela a impliqué la réorganisation du secrétariat en services, regroupant certaines fonctions antérieures. C'est ainsi que, déjà dès 1997, les

archives centrales ont été insérées dans un service appelé « Organisation et gestion documentaire », regroupant trois unités : l'organisation, la centrale microfilm et les archives. A partir de là s'ouvrait une nouvelle perspective dont les résultats sont exposés au chapitre suivant.

### **Les modalités d'organisation**

Dans des entreprises n'ayant pas une masse documentaire suffisante, et elles sont la majorité en Suisse, la nécessité d'assurer un archivage intermédiaire ne s'impose pas de prime abord. Cela signifie que même dans les entreprises où cette fonction est dévolue à un collaborateur déterminé, il est rarement en position de formaliser une organisation, compte tenu des relativement faibles volumes à traiter.

Dans le cadre des HUG, la situation est tout autre, puisque la gestion des archives courantes et intermédiaires occupe près de 80 personnes, soit environ 1% du personnel. Par conséquent une organisation explicite de toutes les phases du traitement documentaire devient impérative. Cette formalisation a été facilitée par le fait que le secteur organisation des HUG s'est trouvé dans la même ligne hiérarchique que les archives dès mi-1997, ce qui a permis au secteur archives de participer comme service-pilote à une démarche institutionnelle d'organisation.

Dans le cadre de cette démarche, trois niveaux structurels ont été définis :

- **Les processus** : qui décrivent précisément les missions attribuées au service en terme fonctionnel (la prestation de service). Dans la démarche suivie, à chacun des processus sont attachés un ou des indicateurs, valeurs mesurables, qui permettent de qualifier les activités.
- **Les procédures** : qui concrétisent les étapes des processus en termes opérationnels (ce qu'il faut faire et comment).
- **Les tableaux de bords** : qui par une présentation synthétique (et le plus souvent graphique) des indicateurs, selon une périodicité régulière, permettent le pilotage des activités et la possibilité d'entreprendre les mesures correctrices lorsque certaines valeurs dévient de la normale.

A ces trois éléments viennent se greffer d'autres outils selon les circonstances et les besoins, outils qui seront commentés ci-dessous.

Dans le cadre des archives centrales des HUG, **les processus** identifiés ont été séparés selon qu'ils forment des activités de normalisation et de conseil, ou des activités « opérationnelles » des archives centrales (voir la cartographie des processus, en annexe 3).

Lors de la formalisation des processus, seuls les processus opérationnels ont fait l'objet d'une analyse. Ceci pour les raisons suivantes :

- Ils forment l'essentiel de l'activité du service en terme de volume (80%).
- Ils sont critiques en cas de dysfonctionnement (destruction inappropriée, manque de place, dossier manquant).
- Ils sont facilement quantifiables (= indicateurs fiables).

Il n'est cependant pas exclu a priori que les autres processus soient formalisés ultérieurement (de fait, certaines de ces activités sont d'ores et déjà décrites en terme de procédures).

**Les procédures** concernant les activités opérationnelles courantes avaient déjà fait l'objet d'une formalisation préalablement à la démarche d'organisation. Ce qui nous avait amené à développer un tableau de leur interrelation, qui nous a été fort utile dans la démarche d'organisation (voir tableau des directives et procédures, annexe 4).

Le tableau en annexe indique également des directives, règlements et normes. Par opposition aux procédures, ces documents définissent ce qu'il faut faire (ou ne pas faire) au niveau des principes, alors que les procédures définissent comment le faire au niveau pratique. En bonne logique, cela implique qu'une procédure devrait en principe toujours faire référence au(x) texte(s) réglementaire(s) ou au(x) prescription(s) qui la fonde(nt) (aux HUG, la procédure zéro, qui sert de modèle, indique cette référence au texte réglementaire comme obligatoire).

**Les tableaux de bord** sont la partie émergée du schéma d'organisation. Par la structuration synthétique des indicateurs récoltés au cours des opérations, ils permettent d'avoir une vision globale de l'activité du service. Ces documents sont principalement des instruments de communication Ceci aussi bien à l'intérieur du service, car ils permettent d'objectiver les activités mensuelles effectuées et de planifier le travail ultérieur, que vis à vis de la hiérarchie qui peut visualiser (idéalement) sur une seule page l'activité du service. La mise en évidence des variabilités permet de justifier par exemple : les écarts de budget, les besoins en nouveaux équipements ou en nouvelles forces de travail. (voir tableau de bord 2004, annexe 5)

## **Une illustration : la procédure d'élimination**

Nous avons choisi d'illustrer le processus de l'élimination, car il est rarement décrit, contrairement à celui du versement, qui fait l'objet d'une abondante littérature. Il représente aussi la particularité d'un dépôt d'archives intermédiaires par rapport aux archives historiques, qui, en principe, ne procèdent pas ou exceptionnellement à des éliminations. Il est clair cependant que les versements font également l'objet d'une procédure et d'une collecte d'information permettant de réaliser des tableaux de bord (voir annexe 5).

### *La procédure générale*

La procédure d'élimination est réglée par un arrêté du Conseil d'Etat qui autorise la destruction des dossiers médicaux vingt ans après le dernier passage du patient avec un échantillonnage des patients dont le nom (i.c. à la naissance) commence par B. Cette règle, simple en apparence, se trouve singulièrement compliquée dans la pratique par le fait que chaque service médical a utilisé des modes de classement différents, voire changé de mode de classement dans le temps. Raison pour laquelle nous avons établi une procédure générale puis des procédures spécifiques pour chacun des services médicaux. Ceux-ci représentent un développement de l'étape 5 du schéma général (voir annexe 6).

### *Schéma global de la procédure*

Dans la philosophie d'organisation, chaque processus aboutit à la constitution d'indicateurs qui permettent la vision et le contrôle du processus (voir schéma général du processus d'élimination, annexe 6). Le schéma de procédure doit donc contenir ces indicateurs et la procédure garantir que ces valeurs sont bien recueillies à la bonne étape. Dans le cas précis, les valeurs collectées sont : la quantité de dossiers éliminables, la quantité de dossiers détruits, la quantité de dossiers archivables (différence des deux premières valeurs), le temps de traitement, le taux de dossiers éliminés (par rapport aux éliminables). A ces valeurs, choisies lors de la création de la procédure, s'est ajouté le volume de dossiers réactualisés (en effet la vérification des dates de dernier passage du patient nous fait découvrir des dossiers qui auraient dû être réactualisés par les services médicaux ; ceux-ci représentent, selon les cas, jusqu'à 5% du volume traité).

### *Schéma d'une procédure détaillée pour un service*

Chacune des procédures particulières tient compte des particularités du classement des dossiers dans chaque service au fil du temps. Dans l'exemple cité (clinique de neurologie), la particularité de ce service médical réside dans :

- L'existence de séries parallèles (dossier pensionnaire).
- Une modification de leur gestion (dès 1990), qui a fait fusionner les dossiers cliniques et les dossiers policliniques.
- Le fait que ces dossiers sont répertoriés dans un fichier manuel dans lequel il faut documenter les destructions.

(voir schéma d'élimination des dossiers de la clinique de neurologie, annexe 7).

### *Les outils de gestion*

Autour de ces procédures, un certain nombre d'outils sont utilisés pour documenter les opérations (formulaires) ou pour les piloter (calendrier, inventaire, etc.).

Dans le cadre des HUG, il n'existe pas à ce jour de **calendrier de conservation** à proprement parler. En ce qui concerne les dossiers médicaux, la durée d'utilité légale est fixée par l'arrêté de destruction à 20 ans après le dernier passage du patient, avec un échantillonnage sur les patients dont le nom (y compris les noms à la naissance) commence par B. Les durées de conservation sont néanmoins documentées dans la base de données inventaire (voir ci-dessous).

Lors des versements, les délais d'élimination sont inscrits dans la **base de données inventaire**, qui est une base de données Access développée en interne (voir écran de saisie des versements, annexe 8). Chaque début d'année, la mise à jour des valeurs des délais permet de générer la liste des dossiers éliminables arrivés à échéance. Cette liste est transférée dans un fichier excel afin de gérer la planification des éliminations tout au long de l'année (voir ci-dessous).

**Le tableau annuel des élimination** est géré sous la forme d'un tableau excel car il intègre non seulement les dossiers dont le délai d'élimination est échu dans l'année mais également les dossiers dont l'élimination n'a pas pu être effectuée les années précédentes, qui ne

figuraient pas à l'origine dans la base de données. Cet arriéré important est dû au fait que la décision d'échantillonnage s'applique rétrospectivement aux dossiers à partir des années 1951, alors que le tri n'a effectivement commencé qu'à partir des années 1990. Ce tableau permet également d'éditer les bordereaux d'élimination (voir ci-dessous).

**Les bordereaux d'élimination** récupèrent les données présentes dans le tableau des éliminables et permettent de renseigner le temps passé aux opérations de tri et de destruction (voir annexe 9). Une fois l'opération terminée, ces données sont saisies dans le tableau, ce qui permet d'éditer des états mensuels des dossiers éliminés (voir annexe 10). Ces données sont reportées dans le tableau de bord (voir annexe 5).

Une fois que les opérations de tri sont effectuées, l'échantillon restant est gardé provisoirement dans une zone de stockage intermédiaire et son statut est modifié dans la base de données. Une fois que la quantité de dossiers versables aux archives d'Etat atteint un volume qui justifie un transport (soit environ douze palettes de 60 boîtes chacune, env. 600 mètres linéaires) ceux-ci sont transféré avec le bordereau de versement ad hoc (voir ci-dessous).

Avant la restructuration de la base de données inventaire, **les bordereaux de versements aux Archives d'Etat** étaient des fichiers excel alimentés à la main. La nouvelle version de la base de données nous permet maintenant de sélectionner les articles dont le statut est « versables aux Archives d'Etat » et par un copier-coller, de générer quasi automatiquement le bordereau de versement.

Une fois les versements aux Archives d'Etat effectivement réalisés, les cotes et le statut des articles sont modifiés dans la base de données inventaire. De cette façon, même si les dossiers ne se trouvent plus physiquement sur les sites des HUG, nous en gardons une maîtrise intellectuelle. Ceci a également l'avantage de nous faire connaître immédiatement la cote du dossier archivé aux Archives d'Etat lors d'une demande de dossier ancien.

### **Les dossiers administratifs**

La procédure générale exposée ci-dessus s'applique (avec des procédures spécifiques ad hoc) également aux dossiers administratifs, qui représentent environ 20% du volume archivé aux archives centrales.

Cependant, il n'est en général pas opéré d'échantillonnage. Soit les dossiers sont détruits au terme de leur durée d'utilité légale (DUL : dans la grande majorité des cas 10 ans), soit ils sont conservés indéfiniment pour leur valeur historique. Pour ces documents, nous sommes en train de constituer au fil de l'eau des calendriers de conservation (un groupe de travail commun aux archives des départements de l'Etat de Genève vient de finaliser un recueil des durées de conservation pour les documents communs).

Une fois ces calendriers finalisés, nous visons à ce que les dossiers destructibles à terme soit gérés sous la responsabilité des services (et à leur proximité), les archives centrales n'intervenant que pour l'approbation des destructions à échéance. Cette redistribution aurait les avantages suivants pour les archives centrales :

- Diminution des demandes pour des dossiers récents, archivés prématurément.
- Libération d'espace d'archivage pour les documents à valeur historique et leur traitement avant versement aux Archives d'Etat.
- Libération d'espace d'archivage pour les dossiers médicaux dont le volume progresse de 5% par an (voir graphique en annexe 2).
- Une responsabilisation explicite des services producteurs quant à la gestion de leurs documents.

## **Conclusion**

La maîtrise des flux des documents et leur documentation à travers des tableaux de bord représente certainement pour le service des archives centrales HUG un atout pour défendre l'utilité de ses fonctions, mais ce n'est qu'une première étape. Indépendamment des défis posés par l'informatisation documentaire, qui n'ont pas été traités ici, la prochaine échéance est la promotion du *records management* comme instrument de la bonne gouvernance de l'institution. Cela nécessite pour l'archiviste principal de s'impliquer dans la cartographie en cours de tous les processus des HUG afin que ceux-ci intègrent systématiquement la dimension de la gestion documentaire de manière explicite.

Jean-Daniel ZELLER  
Archiviste principal

## **LISTE DES ANNEXES :**

- 1/ Tableaux de l'évolution de l'activité hospitalière (1956-2000)
- 2/ Evolution du volume des dossiers médicaux (1980-2000)
- 3/ Cartographie des processus d'archives
- 4/ Tableau des directives et procédures
- 5/ Tableau de bord 2004
- 6/ Schéma de la procédure générale d'élimination des dossiers médicaux
- 7/ Schéma de la procédure d'élimination des dossiers de la clinique de neurologie
- 8/ Ecran de saisie des versements
- 9/ Bordereau d'élimination
- 10/ Etat des éliminations 2004