

HOSPITALITÉ NÉGOCIÉE DANS UN HÔPITAL ABANDONNÉ.

LE CAS DE EL ELEFANTE BLANCO, BUENOS AIRES, ARGENTINE

Tiphaine Abenia

29

INTRODUCTION

Jusqu'au xx^e siècle, l'hôpital revêt une fonction sociale et idéologique : il est le refuge¹ du pauvre, du marginal, du vieux et du fou. Cette mission première va s'étioler à mesure que l'institution hospitalière va ouvrir ses portes à une population plus large (moins marginalisée, plus fortunée) et où la médicalisation du patient va prendre le pas sur l'hébergement de ce dernier. La dimension humaine de l'institution est alors rattrapée par des impératifs rationnels conduisant à une technicisation de la relation hôpital-patient. La valeur d'hospitalité fait place à l'exigence de soigner et – potentiellement – de guérir. Ce rapport entre institution hospitalière et société doit être triangulé par l'introduction des caractères architecturaux propres à ce nouvel hôpital. L'architecture hospitalière n'est, en effet, pas le réceptacle passif d'avancées médicales et technologiques (Adams, 2008), elle en est aussi un moteur de développement.

Que devient cette architecture singulière, monofonctionnelle, lorsque le projet hospitalier qui l'a portée vacille ? Peut-on imaginer un nouvel usage dans un édifice si dépendant de son dessein original ? Le rôle actif de l'architecture, identifié dans le développement de la médecine, se prolonge-t-il dans l'abandon ?

Le présent article propose d'étudier la *compétence interprétative* (Hertzberger, 2010 ; 2015) de l'hôpital moderne, à partir d'une étude

¹
Notons que ce statut de refuge s'acquiert néanmoins au prix d'un enfermement et d'une discipline draconienne s'appuyant sur une relation hiérarchique d'autorité. Il s'agit de la fonction asilaire de l'hôpital (Chauveau, 2011).

de cas réalisée au sein d'un hôpital inachevé de Buenos Aires (Argentine). Surnommé *El Elefante Blanco*, l'édifice est un vestige de l'architecture hospitalière monobloc. Initiée en 1937, la construction de l'hôpital ne sera jamais achevée. À partir des années 1990, les premiers habitants s'établissent dans le squelette de béton, bientôt suivis par de nouvelles familles. Dans cette architecture monumentale, achevée à 80 %, vivent aujourd'hui près de nonante familles qui adaptent, détournent, prolongent la structure de béton armé. *El Elefante Blanco* symbolise le basculement d'une architecture formelle vers l'autogestion informelle. Sur quelles opérations réalisées par les habitants l'habiter au sein de ce paradigme fonctionnaliste de la modernité a-t-il été rendu possible ? À quelles formes nouvelles d'hospitalité cette appropriation spatiale ouvre-t-elle ?

I. L'HÔPITAL MODERNE COMME CADRE D'INVESTIGATION

I. 1. AVÈNEMENT DE L'HÔPITAL MODERNE : UNE INTRICATION NOUVELLE ENTRE SOCIÉTÉ, MÉDECINE ET ARCHITECTURE

L'hôpital monobloc est le symbole de la médecine triomphante de la première moitié du xx^e siècle. Cet avènement est rendu possible par les effets conjoints de la *modernisation*, entendue comme le processus de développement social s'appuyant sur un essor technologique et industriel, et de la *modernité*, prise comme une foi inébranlable dans le progrès et ses évolutions technologiques².

Le *Los Angeles County Hospital* est construit en Californie en 1929 (fig. 1), il s'agit du premier hôpital monobloc jamais édifié. Le modèle sur lequel repose cet hôpital vient supplanter celui de l'hôpital pavillonnaire, dont la répartition en unités fonctionnelles isolées faisait loi depuis le milieu du xix^e siècle. Cette évolution est rendue possible par certains progrès techniques du bâtiment, tels que l'utilisation du béton armé, permettant de construire en hauteur, et la démocratisation de l'ascenseur, assurant un déplacement vertical rapide et contrôlé. En outre, le développement des antibiotiques rend les impératifs d'éloignement entre malades caducs : la configuration de l'hôpital pavillonnaire est balayée. Le développement de l'hôpital monobloc doit également être rapproché d'un contexte urbain en prise avec une augmentation de la pression foncière (encourageant à réduire la surface d'ancrage au sol des nouvelles constructions) et de nouveaux impératifs rationnels et économiques (diminuer le temps de déplacement entre chambres et équipements techniques pour gagner en efficacité et réduire les coûts). Cette évolution doit également être mise en lien avec une transformation sociétale venant reconfigurer la relation liant institution de santé et malade : il ne s'agit plus d'« héberger », mais de « produire du soin ».

2

Nous nous référons ici au travail de conceptualisation mené par la chercheuse Hilde Heynen (2002) pour une distinction des termes *modernisation*, *modernité* et *modernisme*.



FIG. 1B. *INSTITUT CONTRE LA TUBERCULOSE, DIT « ELEFANTE BLANCO »*, BUENOS AIRES, ARGENTINE, 1937. SOURCE : ANONYME, « REVISTA DE ARQUITECTURA », 1937, N° 63 © BIBLIOTECA MOP, ARCHIVES CEDIAP « CENTRO DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN », MINISTERIO DE HACIENDA Y FINANZAS PUBLICAS (BUENOS AIRES, ARGENTINE), N° 3236.



FIG. 1A. *LOS ANGELES COUNTY HOSPITAL*, CALIFORNIE, USA, 1930. SOURCE : ANONYME, CARTE POSTALE ANCIENNE © BOSTON PUBLIC LIBRARY, THE TICHNOR BROTHERS COLLECTION, N° 63781.



FIG. 1C. *HÔPITAL BEAUJON*, CLICHY, FRANCE, 1934. SOURCE : ANONYME, CARTE POSTALE ANCIENNE, A.C. 79 (ÉDITEUR : « PHOTOTYPIE L'ABELLE », PARIS, FRANCE).



FIG. 1D. *CHARITY HOSPITAL*, NOUVELLE-ORLÉANS, 1939. SOURCE : ANONYME, CARTE POSTALE ANCIENNE (ÉDITEUR : « A. HIRSCHWITZ », NOUVELLE ORLÉANS, LOUISIANE, ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE).

Cet impératif de production est calqué sur le modèle industriel (Samson, 1997). Ainsi, une analyse consacrée à l'hôpital Beaujon (premier hôpital monobloc construit en France) révèle que « c'est essentiellement dans l'usine et dans le mode du "machinisme" que le directeur de l'Assistance publique et l'architecte de Beaujon vont chercher les nouveaux principes de l'organisation hospitalière [...] C'est la mutation industrielle de l'hôpital » (Dreux et Mattei, 2012 : 283).

I. 2. CARACTÉRISTIQUES SINGULIÈRES DE LA TYPOLOGIE HOSPITALIÈRE MODERNE

Cette normalisation de l'institution hospitalière va s'accompagner d'une reconfiguration de l'espace de l'hôpital : l'épicentre de l'institution ne sera plus la chambre du malade, mais le plateau technique sur lequel est fondé l'hôpital monobloc. Cette galette technique constitue une nouveauté majeure de l'hôpital monobloc. Elle permet de rassembler les urgences ainsi que les salles d'opération dans un bloc unique accessible à l'ensemble des spécialités médicales.

En outre, les pavillons disparaissent au profit d'une superposition efficace des fonctions de l'hôpital en un bloc monolithique, de plus de dix étages, dédié à l'hébergement des malades (fig. 2). Cette superposition s'accompagne d'une



FIG. 2. FAÇADE AVANT DE EL ELEFANTE BLANCO SUR L'AVENUE PIEDRA BUENA. © PHOTO : TIPHAINÉ ABENIA, 2013.

recherche d'air et de lumière naturelle requérant l'intégration de redents et de patios pour pallier la massivité de l'architecture monobloc. Des rampes d'accès permettent, enfin, une desserte motorisée de l'institution de santé.

L'hôpital moderne apparaît ainsi comme un élément singulier de la ville dont l'identité typologique se constitue au travers de quatre caractéristiques principales.

1.

L'hôpital monobloc se distingue par son échelle et sa massivité. Au moment de sa construction, il est souvent l'élément le plus haut de la ville, sa superficie n'est que rarement dépassée par celle de la caserne (Labasse, 1980). Cette échelle impose l'hôpital monobloc à la ville et le rapproche de l'« automonument », notamment décrit par Rem Koolhaas : « Passé un certain volume critique, toute structure devient un monument, ou, du moins, suscite cette attente de par sa seule taille » (Koolhaas, 2002 : 100). Le statut du monument est par ailleurs intensifié par l'importance institutionnelle de l'hôpital.

2.

Attachée à cette échelle, une recherche de robustesse et de pérennité accompagne la construction de l'hôpital monobloc. Le béton armé est invariablement employé : il répond, en effet, aux besoins de sécurisation d'une institution publique de première importance.

3.

L'hôpital monobloc se montre en rupture avec le tissu de la ville. Sa construction structure ou précède l'expansion urbaine. Pour répondre à des considérations hygiénistes et optimiser l'apport solaire, de nombreux hôpitaux modernes sont placés sur des points hauts de la ville. Cette position de surplomb est accentuée par la présence du socle technique, d'une hauteur double et d'une possible enceinte, venant isoler l'hôpital du reste de la ville.

4.

Enfin, l'architecture de cette institution moderniste se distingue par l'intégration à l'architecture d'une dimension technologique standardisée devant permettre une réduction des coûts, une plus grande sécurité des patients et une comparaison plus aisée entre hôpitaux (facilitation des processus internes d'évaluation).

L'ensemble de ces caractéristiques véhicule le particularisme associé à l'hôpital monobloc. Rarement questionnées quand associées à un hôpital opérationnel et fonctionnel, ces singularités sont plus directement mises en cause quand, après l'abandon, la réutilisation de l'hôpital est envisagée. Ces traits singuliers peuvent alors devenir problématiques pour qui veut penser l'habiter dans cette structure monofonctionnelle. L'hypothèse sous-tendant la présente analyse repose sur la considération de ces caractéristiques comme éléments-pivots

à partir desquels la *compétence* de l'édifice peut être jaugée. Cette compétence est définie par Herman Hertzberger comme la capacité objective d'un édifice, disponible en tout temps, lui permettant de répondre à des besoins et usages variés dans le temps (Hertzberger, 2015 : 39).

II. CAS D'ÉTUDE ET MÉTHODE D'ANALYSE

II. 1. EL ELEFANTE BLANCO COMME TERRAIN D'ENQUÊTE

La *compétence* de l'hôpital moderne est étudiée à partir d'une étude de cas réalisée au sein d'un hôpital inachevé de Buenos Aires (Argentine).

Surnommé *El Elefante Blanco*, l'édifice est un vestige de l'architecture hospitalière monobloc. Initiée en 1937, dans un climat politique instable, la construction de l'hôpital ne sera jamais achevée. Abandonnée en périphérie de la capitale argentine, la structure inachevée accueillera, à partir des années 1990, les premiers habitants. D'un abri d'urgence, l'occupation s'est pérennisée, et une nouvelle génération d'habitants est aujourd'hui née dans la structure hospitalière avortée.

Le réinvestissement habitant de l'édifice doit être rapproché des politiques urbaines de logements développées à l'égard des *villas* (quartiers informels) de la ville de Buenos Aires depuis 1950. Ces politiques ont été marquées par deux positions paradoxales d'*erradicación* et de *radicación* (Carman, 2005). Les politiques d'*erradicación*, particulièrement ambitieuses durant la *Revolución Libertadora* (Yujnovsky, 1984 : 98), prévoyaient l'expulsion forcée des habitants avec un relogement en périphérie (entre 1955 et 1976) puis sans alternative dès 1977. En 1966, le lancement du PEVE (*Plan de Erradicación de Villas de Emergencia*) vient concrétiser les projets d'une politique d'expulsion massive par la construction de trois NHT (*Nucleos Habitacionales Transitorios*) au sein de la capitale fédérale ; l'un d'eux jouxte *El Elefante Blanco*. De piètre qualité (Girola, 2008 ; Cravino, 2000), les NHT étaient envisagés comme des complexes de logements de passage. Cependant, le plan PEVE s'essouffant, ces habitats transitoires devinrent permanents et sont aujourd'hui indissociables des quartiers informels qui les ont absorbés. Entre 1977 et 1981, une nouvelle vague d'expulsion vient impacter près de deux cent cinquante mille personnes (Jauri, 2010). Forcées à quitter l'hypercentre de Buenos Aires, elles viennent occuper les terrains libres de la proche périphérie. Un quartier informel se développe alors au pied d'*El Elefante Blanco* : l'actuelle *villa 15* (Sarraga, 2010). Avec le retour de la démocratie en 1983, mais en l'absence de politique du logement suffisante, des stratégies de réinvestissement de parcelles et édifices vacants se multiplient. *El Elefante Blanco* ne tardera pas à en devenir un criant exemple.

La particularité du cas *El Elefante Blanco* provient certainement de cette proximité entre développements formels et informels, qui est effective bien

avant le réinvestissement intérieur de la structure. L'implantation des NHT, puis la croissance de la *villa 15*, viennent intégrer la structure hospitalière inachevée au sein d'un monde informel, près de vingt années avant son occupation physique. Contrairement aux très médiatisés *Torre David* (Venezuela) et *Grand Hotel Beira* (Mozambique), dont les réinvestissements sont soudains et peuvent être précisément datés³, *El Elefante Blanco* montre une coexistence historique du projet formel et de ses débordements informels. Cette dualité est, selon l'architecte et chercheuse Ana Maria Duran Calisto, une réalité schizoïde caractéristique du développement de l'architecture moderne en Amérique du Sud : « Modernisme et bidonvilles ont fleuri et se sont développés de façon inséparable : deux facettes d'un même processus d'assimilation, annonçant la construction d'un espace aux aspirations doubles⁴. » (Duran Calisto, 2014 : 20).

Cette réalité, si elle permet l'observation d'une situation hybride constituée dans le temps, explique certainement l'absence d'information sur l'édifice et ses vingt années de réinvestissement. N'ayant jamais été inauguré, le projet de *El Elefante Blanco* n'a pas été archivé et les documents historiques se limitent à quelques photos. En outre, si des équipes de chercheurs, notamment de l'université de Buenos Aires, ont investi la *villa 15*, aucune étude profonde n'avait été réalisée sur *El Elefante Blanco*⁵. Devant cette réalité, la recherche fait le choix de donner à l'expérience de terrain, vécue et immersive, une place centrale dans la construction du travail. Ces phases d'immersion (de plusieurs semaines à plusieurs mois) ont été rendues possibles par l'implication d'habitants de l'édifice dans ce projet de documentation et d'analyse. C'est en étant constamment accompagnée d'habitants, se relayant en fonction de leurs activités de la journée, que j'ai pu accéder à l'ensemble des logements aujourd'hui implantés dans la structure.

Sur place, un travail de documentation prenant la forme de l'enquête a été réalisé (Dewey, 2006 ; 2010). *El Elefante Blanco* est entendu comme une situation initiale indéterminée, incertaine et instable. Au début de ma recherche, l'absence de plans de la structure labyrinthique de 60 000 m² m'amenait à me déplacer dans une importante confusion spatiale. Les évolutions rapides des constructions participaient également à l'instabilité de l'environnement à documenter. Les premières hypothèses avancées pour décrire les situations réinvesties se sont ainsi appuyées sur des inventaires photographiques permettant de documenter le réinvestissement selon un protocole systématique, analysable en dehors du terrain et reproduisible dans le temps. L'usage de la photographie, comme outil d'enquête pour composer une ethnographie visuelle du bâtiment et des stratégies habitantes s'y développant, constitue une partie importante du processus de production scientifique. Le présent article est directement alimenté par les photographies réalisées sur place.

3

Septembre 2007 pour la *Torre David* (Brillembourg, 2013 : 59), 1981 pour le *Grand Hotel Beira*.

4

Trad. par l'auteure : « *Modernism and the favela flourished and developed inseparably : two faces arising from the same process of assimilation, heralding the construction of a doubly aspirational space.* »

5

En mars 2014, j'ai pu échanger avec l'architecte argentin et docteur en anthropologie urbaine Ricardo de Sarraga à propos de ce paradoxe : comment un édifice de cette importance pouvait avoir échappé à une série d'études et d'analyses que je pensais trouver une fois sur place ? Expert reconnu de la *villa 15*, il me confia avoir essayé à plusieurs reprises d'amorcer une étude de l'édifice. Ces tentatives avaient été rejetées par les groupes habitants en charge de la gestion de l'édifice.

II. 2. LE STRUCTURALISME HOLLANDAIS COMME ENTRÉE D'ANALYSE

Nous voulons que la faculté que possède la forme d'accueillir, de porter et de transmettre des significations détermine ce que l'utilisateur va réaliser ou inversement, ce que les utilisateurs feront de la forme. Il en va de l'interaction forme-utilisateur, ce qu'ils s'apportent réciproquement et comment ils prennent possession l'un de l'autre (Hertzberger, 1973 : 2.2 ; cité par Lüchinger, 1981 : 57).

Le structuralisme hollandais en architecture se développe au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Notamment porté par les architectes Aldo van Eyck (Strauven, 1998 ; Van Eyck, 2008), Jacob Bakema et Herman Hertzberger (Hertzberger, 2010 ; 2015), il puisera dans la linguistique saussurienne et réinvestira le principe de langue et de parole.

En particulier, c'est autour de la participation habitante que le structuralisme hollandais en architecture transférera les apports de la linguistique : la langue s'apparentant à une structure collective et la parole, à l'interprétation habitante s'exprimant à partir de cette dernière. Forme et usage s'inspireraient alors réciproquement. Cette interrelation recherchée entre l'usager et le bâtiment conduira à préférer aux termes linguistiques de *langue* et *parole* ceux de *compétence* et de *performance* pour une application dans le champ architectural. La compétence est la capacité objective d'un édifice. La performance est la capacité d'action d'un usager sur son environnement, elle est la dimension interprétative ménagée par la compétence du bâti. Ce rapport (compétence / performance) n'est pas fixe dans le temps ; suivant l'époque, les besoins et les populations, les poches d'interprétation pourront évoluer différemment.

Le rapport (compétence / performance) nous semble être une entrée pertinente pour analyser les situations de réinvestissement de *El Elefante Blanco* dans leurs dualités entre structure construite *a priori* et interprétations habitantes *a posteriori*. Notons néanmoins que le structuralisme hollandais était initialement revendiqué à des fins de conception et que nous proposons ici de l'employer comme structure critique d'évaluation de la compétence d'une structure déjà construite.

Dans le cas de *El Elefante Blanco*, les caractéristiques de l'hôpital monobloc constituent des points critiques où le rapport (compétence / performance) va être mis à l'épreuve. Une situation peu appropriable (performance limitée) témoignera d'une compétence pauvre du bâti. À l'inverse, les situations spatiales fortement appropriées rendront compte d'un couple (compétence / performance) favorisant l'interprétation d'espaces construits.



FIG. 3. FAÇADE ARRIÈRE DE EL ELEFANTE BLANCO DEPUIS LA VILLA 15. © PHOTO : TIPHAINÉ ABENIA, 2014.

III. OPÉRATIONS DE MISE À L'ÉPREUVE DE L'ARCHITECTURE HOSPITALIÈRE MONOBLOC

III. 1. L'INACHÈVEMENT COMME ÉTAT ACTIF ET PRODUCTIF

L'obsolescence de l'architecture hospitalière est un levier souvent évoqué pour justifier l'abandon d'un grand hôpital. Les évolutions rapides de la médecine et de ses équipements mettent en effet l'architecture à l'épreuve de ces changements rapides. Néanmoins, cette justification par l'obsolescence ne recouvre qu'un panorama partiel de l'abandon hospitalier. En particulier, les imbroglios politiques, économiques et les erreurs techniques – plus rarement recensées – doivent être considérés pour approcher la variété des raisons menant à l'abandon et, parfois même, à l'inachèvement du projet originel.

L'arrêt soudain du chantier de *El Elefante Blanco*, associé à l'arrivée au pouvoir de la dictature en 1955, explique l'inachèvement sous lequel se montre la structure. Si le gros œuvre était sur le point d'être finalisé, le bâtiment n'a jamais accueilli ses éléments de second œuvre (portes, fenêtres, finitions esthétiques, équipements techniques). De par cet inachèvement, la structure se pare d'une force didactique : il devient plus aisé de lire les logiques constructives et les éléments archétypiques qui ont accompagné les nécessités du programme originel (fig. 3). En outre, le temps de latence dans lequel était plongé l'édifice jusqu'au début des années 1990 a participé à une « libération » de la structure construite (de type poteaux-poutres avec remplissage en briques). Lorsque le développement de la *villa 15* au pied de l'édifice s'est intensifié dans les années 1970,

El Elefante Blanco n'était pas encore habité. Les partitions secondaires de brique de l'édifice ont alors servi de source de matière première pour la construction des maisons de la *villa 15*. L'édification du quartier, au pied de la structure hospitalière inachevée, a ainsi conduit à une démolition partielle des murs intérieurs de *El Elefante Blanco*, libérant physiquement ses plateaux.

La portée active de l'inachèvement est aussi symbolique. La lisibilité gagnée dans l'abandon s'accompagne d'une perte de contrôle et de connaissance sur l'édifice. À mesure que l'abandon se prolonge, l'édifice glisse dans un silence de l'information et des représentations (Vasset, 2007). Dans le cas d'une architecture fonctionnaliste comme celle de l'hôpital monobloc, ce voile d'incertitude recouvrant l'édifice nous semble intéressant en cela qu'il malmène un reproche souvent adressé aux architectures modernistes, à savoir leur absence de mystère. Reprenant la vision de Dostoïevsky au sujet de la modernité, la chercheuse Hilde Heynen rappelle que, pour lui, « cette modernité devait être combattue car elle impliquait la négation de toute incertitude, de tout mystère, elle sonnait la défaite de l'aventure et de la romance⁶ » (2002 : 22). Cette surdétermination associée aux espaces enfantés par le modernisme peut ainsi être positivement affectée par le temps de latence.

Ce temps suspendu, parce qu'il vient malmener les caractéristiques singulières attachées à l'hôpital, peut être actif et productif. Cependant, la temporalité de cette phase de latence apparaît déterminante. Trop courte, ses apports seront négligeables. Trop longue, elle rapproche l'édifice de la ruine. Les dommages du temps devenant irréversibles, elle met en péril la possible récupération de l'édifice.

Les raisons de l'abandon ainsi que le statut d'inachèvement participent ainsi activement aux étapes ultérieures de réinvestissement et d'appropriation. L'analyse des situations qui suit est organisée autour de verbes d'action, comme autant de stratégies interprétatives mises en œuvre pour rendre habitable la structure de l'hôpital. Chaque opérateur est associé à une situation particulière, extraite de la vie quotidienne dans *El Elefante Blanco* et documentée lors des phases d'immersion réalisées. Ces opérateurs sont divisés en deux familles. La première témoigne d'une interprétation active des caractéristiques du bâtiment, la seconde rend compte, à l'inverse, d'une résistance de la structure à l'interprétation.

Là encore, la dimension informelle du projet développée nous apparaît particulièrement pertinente en cela qu'elle s'appuie avec nécessité sur l'édifice existant. Les tactiques de projet déployées par les habitants peuvent, en effet, être rapprochées d'opérations de bricolage au sens donné par Lévi-Strauss : « Le bricoleur est apte à exécuter un grand nombre de tâches diversifiées ; mais, à la différence de l'ingénieur, il ne subordonne pas chacune d'elles à l'obtention de matières premières et d'outils, conçus et procurés à la mesure

6

Trad. par l'auteure : « *this modernity needed to be fought against, since it implied the negation of all uncertainty and mystery, the defeat of adventure and romance.* »

de son projet : son univers instrumental est clos, et la règle de son jeu est de toujours s'arranger avec les "moyens du bord" » (2007 : 26). La mise à l'épreuve de l'édifice par un réinvestissement informel se fait donc au plus proche des caractéristiques de ce dernier, au plus près de ses capacités et limites.

III. 2. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ARCHITECTURE HOSPITALIÈRE COMME RESSOURCES

Les caractéristiques propres à l'architecture hospitalière sont entendues comme compétences-ressources si elles amènent à une amplification de la puissance d'agir et augmentent la capacité performative de l'habitant.

A. ORGANISER : [rendre apte à la vie]



FIG. 4. LA MAISON DE JOSE CONSTRUITE AU DEUXIÈME ÉTAGE DE EL ELEFANTE BLANCO. © PHOTO : TIPHAINÉ ABENIA, 2013.

Chaque étage de l'édifice présente un plateau d'une surface avoisinant les 7 000 m². C'est à partir de ces vastes plateaux libérés par les démolitions réalisées à la fin des années 1970 que le réinvestissement habitant s'est développé. Les habitants ont construit de petites maisons sur les plateaux, ces derniers étant lus comme autant de parcelles habitables (fig. 4). Cette démultiplication verticale n'est pas sans rappeler l'exploration théorique menée par l'agence américaine Site en 1982, *Highrise of Home*. Les constructions s'organisent alors en petits groupes, s'appuyant sur les dessertes verticales d'origine du bâtiment (cinq escaliers principaux) et ménageant des espaces

semi-publics entre les logements. L'analyse du réinvestissement habitant de *El Elefante Blanco* met, en effet, en évidence une gradation des espaces entre le public et le privé, présentant très souvent une zone de desserte, un entre-deux « semi-privé », utilisé par trois à quatre familles. Cette gradation, qui s'accompagne de degrés d'appropriation différenciés, permet une interprétation variable des plateaux. De vastes plateaux retrouvent ainsi une échelle humaine par fragmentation du volume global en de plus petites unités habitées. Cette gradation alimente la notion de « quotidiennisation », entendue comme création d'un environnement familial plus sécuritaire (Bégout, 2005).

L'organisation des dimensions issues de l'architecture hospitalière est aussi appréhendable au niveau du bloc technique conçu pour l'hôpital. La double hauteur du rez-de-chaussée, pensée pour accueillir les équipements des salles d'opération, a été mise à profit pour la construction de mezzanines dans de nombreux logements.

B. ANIMER : [remplir d'activités, de mouvement]



FIG. 5. COMEDOR EL ELEFANTE BLANCO.
© PHOTO : TIPHAINE ABENIA, 2014.

⁷
Voir, notamment, les travaux du docteur Ricardo de Sarraga, professeur à l'université de Buenos Aires FADU-UBA, sur la *villa 15*. Consultable : <http://www.ciham.org/ricardodesarraga.htm> [disponible le 22 mars 2016].

El Elefante Blanco, de par sa taille, son implantation et son histoire, est en rupture avec le reste de la ville. Si l'édifice est aujourd'hui implanté au cœur du quartier informel de la *villa 15*, une distinction est invariablement amenée entre habitants de la villa et habitants de *El Elefante Blanco*. Les équipes de chercheurs⁷ travaillant sur la *villa 15* appréhendent eux-mêmes *El Elefante Blanco*

comme une « aire spécifique », l'excluant de fait des études portant sur le quartier. La structure de l'hôpital inachevé fait figure de « ville dans la ville ». Pour parer à cette relative insularité, les habitants de l'édifice ont développé des institutions permettant de répondre localement aux besoins des familles (fig. 5). Ces institutions, témoins d'une dynamique collective, ont été rapprochées des réflexions du pédagogue Fernand Oury, qui définit l'institution comme « un système de médiation dans lequel les personnes ne sont plus simplement face à face, mais parlent de quelque chose qui existe et œuvrent sur quelque chose qui existe en dehors d'[elles] et dont [elles] sont responsables » (Oury et Vasquez, 1998 : 246). À l'intérieur du squelette, les logements viennent ainsi côtoyer de petites institutions : coiffeur, salle de sport, école de danse, épicerie, cantine, etc. Avec le temps, certaines de ces institutions se sont ouvertes sur le reste du quartier, assurant des rencontres et des échanges au-delà des limites du bâtiment.

C. ADAPTER : [ajuster à l'usage]



FIG. 6. INSTALLATION DE L'ÉCLAIRAGE SOUS LA COLONNADE D'ENTRÉE DE EL ELEFANTE BLANCO. © PHOTO : TIPHAINÉ ABENIA, 2013.

Le caractère monumental de *El Elefante Blanco* peut être imputé à son échelle, au principe de symétrie rigoureusement suivi dans la conception de sa façade, ainsi qu'à la colonnade d'entrée au niveau de laquelle convergent les deux rampes d'accès. Cette colonnade renforce l'axe central et signale l'entrée principale de l'édifice. L'avancée couverte devait originellement protéger l'arrivée des malades par ambulance. Aujourd'hui, la vie quotidienne qui s'est construite dans *El Elefante Blanco* se mesure avec intensité dans ce lieu situé

à la limite entre intérieur et extérieur. Les habitants ont détourné la colonnade en un espace de rencontre privilégié pour la communauté (fig. 6). Les voitures étant rares, les enfants ont investi la plate-forme couverte et les rampes adjacentes offrent des pistes de jeu revendiquées dès tôt le matin. L'espace sous la colonnade est en surplomb par rapport aux sols adjacents, transformés en terrains de sport, on y accède par les rampes ou par un imposant escalier. Cette position de promontoire fait de la colonnade un lieu privilégié pour suivre les matchs de football. La façade de l'édifice, à hauteur de la colonnade, s'est ouverte sur cette dernière : des institutions s'y sont installées (*El comedor del Elefante Blanco* par exemple). La colonnade permet de prolonger ces espaces communautaires en façade, leur donnant une plus grande visibilité. L'usage actuel de la colonnade d'entrée se rapproche ainsi de la fonction première de la *stoa* grecque : un lieu de rencontre et de commerces.

D. CONNECTER : [relier, mettre en liaison]



FIG. 7. RUE INTÉRIEURE
AU REZ-DE-CHAUSSÉE
DE EL ELEFANTE
BLANCO. © PHOTO :
TIPHAINÉ ABENIA, 2014.

La division du plateau du rez-de-chaussée de l'édifice, réalisée par les premiers habitants, a ménagé une large rue intérieure venant connecter directement les deux façades principales de l'édifice et, par extension, deux parties de la *villa 15* (fig. 7). La barrière physique constituée par la structure gagne ainsi en porosité, autorisant des allées et venues entre l'édifice et son environnement immédiat. Cette rue est ponctuée en son centre d'une place plus large, rectangulaire, et non couverte, originellement pensée pour garer les ambulances lors de leur arrivée dans la galette technique de l'hôpital. De nombreux logements

donnent aujourd'hui sur cette place, petits mobiliers et plantes débordent des habitations, mais aucune extension bâtie n'est venue flouter la lecture de ce lieu qui est nettoyé de façon hebdomadaire par les habitants. Parfois, on y trouve quelques voitures appartenant aux conducteurs de *remises* habitant l'édifice et tenant à protéger leur outil de travail de l'effervescence de la rue. Les *remises* sont des taxis privés, appelés par téléphone et circulant en voitures banalisées. Les taxis classiques ne se rendant pas dans la *villa 15*, le *remís* est devenu une activité d'utilité sociale pour le quartier de *El Elefante Blanco*.

III. 3. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ARCHITECTURE HOSPITALIÈRE COMME PATHOLOGIES

Les choses ne peuvent être grandes que par le nombre élevé de petites unités, le surdimensionnement crée vite l'éloignement. Dans la mesure où ils bâtissent partout trop grand, trop vite et par là trop loin et insaisissable, les architectes produisent avant tout de la réserve et de l'inhospitalier. (Hertzberger, 1973 : 3.3 ; cité par Lüchinger, 1981 : 43)

Les caractéristiques propres à l'architecture hospitalière sont entendues comme compétences pathologiques si elles conduisent à une réduction de la puissance d'agir et diminuent la capacité performative de l'habitant.

A. TRONQUER : [couper en retranchant une partie importante]



FIG. 8. QUATRIÈME ÉTAGE INACCESSIBLE DE EL ELEFANTE BLANCO. POUR ACCÉDER AUX ÉTAGES SUPÉRIEURS CONDAMNÉS, UNE ÉCHELLE A DÙ ÊTRE POSITIONNÉE DANS LES CONDUITS PRÉVUS POUR RECEVOIR LES ASCENSEURS DE L'HÔPITAL. © PHOTO : TIPHAINÉ ABENIA, 2013.

Si la surface horizontale des planchers a été optimisée, dans les parties habitées, par l'organisation des habitations autour des circulations verticales et à proximité des façades, la hauteur de la structure (douze étages) n'a pu être pleinement appropriée. Du fait de l'inachèvement de l'édifice, les ascenseurs prévus pour desservir l'ensemble des étages du bâtiment n'ont jamais été installés. En lieu et place où ils devaient s'implanter se trouvent de larges conduits de béton béants. Outre les limites d'accessibilité amenées par l'absence d'ascenseur, la structure inachevée constitue un danger de chute dans ses étages supérieurs. Habité il y a quelques années jusqu'au cinquième étage, *El Elefante Blanco* n'est aujourd'hui accessible que sur son rez-de-chaussée et ses deux premiers étages. Après un accident, les habitants ont décidé de condamner l'accès aux étages supérieurs à partir du deuxième niveau, en démolissant les escaliers menant au troisième étage (fig. 8). La démolition est une tactique non réversible témoignant de la difficulté de sécurisation d'une échelle si importante.

B. COURT-CIRCUITER : [laisser de côté en passant
par une voie plus rapide]



FIG. 9. TRACES DE
L'AMPHITHÉÂTRE
PROJETÉ. © PHOTO :
TIPHAIN ABENIA, 2014.

Au rez-de-chaussée de l'hôpital inachevé, un amphithéâtre avait initialement été planifié. Scène et pentes en béton – pensées pour recevoir les gradins – étaient déjà construites lorsque la construction de l'édifice fut avortée (fig. 9). Aujourd'hui, cette partie du bâtiment n'est pas utilisée.

Les accès à ce presque amphithéâtre sont pourtant doubles, mais l'espace supérieur n'a pas rencontré d'usage, il est abandonné. L'amphithéâtre possède une prédominance du *hardware* sur le *software* (Estevez, 2012 : 86) : la spécialisation programmatique associée à l'espace détermine son usage et limite son appropriation. La compétence de ce lieu est, par conséquent, faible.

C. **NEUTRALISER** : [rendre inutilisable
par une action contraire qui tend à annuler
les efforts ou les effets]



FIG. 10. FENÊTRES
CONDAMNÉES
DONNANT SUR LES
PATIOS. © PHOTO :
TIPHAINE ABENIA, 2014.

Les plans originaux de l'hôpital prévoyaient des patios et redents permettant à l'air et au soleil d'entrer dans la structure. Ces patios connectaient les sous-sols de l'édifice au ciel. Ces sous-sols sont aujourd'hui en partie inondés : les infiltrations en limitent fortement l'accès. Cette limitation dans l'usage a eu des répercussions quant à la maintenance accordée à ces espaces : les patios ont, avec le temps, été relégués au rang d'espaces pour déverser eaux usées et déchets. Au rez-de-chaussée et au premier étage, les ouvertures orientées vers les patios ont été condamnées (fig. 10). Ce qui n'est pas investi, non approprié, ne reçoit pas d'attention. Cette situation témoigne de la fragilité du couple (compétence / performance). Un désordre d'ordre technique irrésolu (infiltrations) vient limiter l'accès (performance neutralisée) et conduit au sabotage d'une compétence, potentiellement intéressante, de l'édifice (l'espace patio).

CONCLUSION. UNE NOUVELLE FORME D'HOSPITALITÉ NÉGOCIÉE

L'analyse du réinvestissement de l'édifice *El Elefante Blanco* amène à esquisser les lignes d'une nouvelle forme d'hospitalité. Cette dernière se développe, dans le cas de *El Elefante Blanco*, en deux temps. Le premier temps est celui de l'abri : la structure de l'hôpital répond à un besoin urgent de logement. Elle est le lieu disponible pour accueillir une installation de fortune : *El Elefante Blanco* devient le miroir des défaillances d'une société en termes de logement. Le second temps est marqué par la consolidation de l'habiter et son organisation au-delà de la cellule individuelle. Des décisions collectives sont orchestrées, elles portent l'organisation dans le temps d'une vie au sein de la structure. D'abri, l'édifice devient alors structure capacitante. Cette nouvelle forme d'hospitalité est gagnée par le « faire ». La structure inachevée devient, pour les habitants, un lieu d'emprise sur le réel, un outil d'émancipation s'articulant autour du principe structuraliste de « support et unités de remplissage » (Habracken, 1972 ; 1998).

Cette consolidation s'accompagne néanmoins de l'instauration de restrictions : une hiérarchie interne – parfois autoritaire – est introduite, l'arrivée de nouveaux habitants est limitée, certains accès sont privatisés, des logements de grandes surfaces sont rationalisés pour être divisés et revendus, etc. Cette évolution semble redire, non sans une certaine poésie, l'histoire de l'hôpital moderne et les variations observées sur le thème de l'hospitalité.

En outre, l'inventaire réalisé autour des deux familles d'opérateurs interprétatifs montre que le réinvestissement d'une situation construite n'est pas conditionné par l'absence de caractéristiques singulières. Alors que certains traits, identifiés comme des caractéristiques problématiques potentielles pour l'habiter, semblent, à l'usage, constituer des freins à l'appropriation, d'autres sont intégrés pour enrichir l'habiter. L'emploi des principes du structuralisme hollandais en architecture comme structure critique d'évaluation de la compétence d'une structure construite montre néanmoins ses limites lorsqu'il s'applique au seul environnement construit. En effet, aux structures bâties doit s'ajouter l'observation de structures sociales, moins visibles, mais néanmoins actives dans l'interprétation des caractéristiques de l'édifice. Leur prise en compte vient nuancer la valeur des opérateurs inventoriés. Par exemple, le réseau d'entraide entre mères pour la garde des enfants tend à amplifier l'opérateur « animer » d'un dynamisme sans affectation spatiale propre. À l'inverse, le contrôle – discret, mais systématique – des allées et venues dans l'édifice tend à limiter la portée de l'opérateur « connecter » quand il se réfère à la création d'une rue intérieure dans l'édifice pour relier les deux parties de la *villa 15*, la dimension publique

en étant de fait altérée. Enfin, l'interprétation d'un tel édifice mobilise l'imaginaire de chacun, un imaginaire œuvrant activement pour rendre habitable *El Elefante Blanco*, mais ne laissant que peu de traces sur ses hauts murs blancs.

Tiphaine Abenia est ingénieure, architecte et doctorante en architecture (contrat doctoral du ministère de la culture et de la communication, France). Elle effectue sa recherche doctorale en cotutelle entre l'École nationale supérieure d'architecture de Toulouse (laboratoire LRA) et l'École d'architecture de l'université de Montréal (laboratoire LEAP) sous la direction de Daniel Estevez et Jean-Pierre Chupin. Elle consacre, en 2013, son projet de diplôme en Architecture à une étude critique pour la requalification d'un hôpital inachevé habité par nonante-huit familles à Buenos Aires. La proposition fut lauréate de l'appel à projets européens « jeunes talents » d'arc en rêve centre d'architecture, Bordeaux, France, 2013. Elle poursuit ses réflexions sur le réemploi de structures urbaines délaissées dans le cadre d'un doctorat intitulé : *Mégastructures contemporaines et mise en crise du projet d'architecture*. Ces architectures déjouent les stratégies déterministes, anticipatrices ; elles montrent la voie d'une pratique de recyclage alternative des villes.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS, A. 2008. *Medicine by Design: The Architect and the Modern Hospital, 1893-1943*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- BÉGOUT, B. 2005. *La découverte du quotidien*, Paris, Allia.
- BOUTINET, J.-P. 2005. *L'anthropologie du projet*, Paris, PUF.
- BRILLEMBOURG, A. et al. 2013. *Torre David: Informal Vertical Communities*, Zurich, Lars Muller.
- CARMAN, M. 2005. « Las fronteras de lo natural y las fronteras de lo humano », communication présentée à la *Terceras jornadas de investigación en antropología social* (3-5 août 2005 ; Buenos Aires). [publ. dans M. J. Lubertino (sous la dir. de) 2008, *Investigaciones por la diversidad : Premio a la Producción Científica sobre la Discriminación en la Argentina*, Buenos Aires, Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI, p. 11-29].
- CHAUVEAU, S. 2011. « Quelle histoire de l'hôpital aux xx^e et xxi^e siècles ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 33, p. 81-89.
- CRAVINO, M. C. 2000. *La política de radicación de villas. El caso de la Ciudad de Buenos Aires*, Buenos Aires, Mimeo.
- DEWEY, J. (1938) 2006. *Logique. La théorie de l'enquête*, Paris, PUF.
- DEWEY, J. 2011. *La formation des valeurs*, Paris, La Découverte.
- DREUX, C. ; MATTEI, J.-F. 2012. *Santé, égalité, solidarité. Des propositions pour humaniser la santé*, Paris, Springer.
- DURAN CALISTO, A. M. 2014. « Modernism and contemporary art in Latin America », dans A. S. Bessa (sous la dir. de), *Beyond the Supersquare, Art and Architecture in Latin America after Modernism*, New York, Fordham University Press, p. 19-32.
- ESTEVEZ, D. 2012. *Aéroports, représentations et expérimentations en architecture*, Paris, L'Harmattan.
- GIROLA, M. F. 2008. *Modernidad historica, modernidad reciente : procesos urbanos en el area metropolitana de Buenos Aires : los casos del Conjunto Urbano Soldati y Nordelta*, thèse de doctorat en anthropologie sociale, Buenos Aires, Faculté de philosophie et lettres, Université de Buenos Aires.
- HABRAKEN, J. 1972. *Supports - An Alternative to Mass Housing*, Londres, The Architectural Press.
- HABRAKEN, J. 1998. *The Structure of the Ordinary. Form and Control in the Built Environment*, Cambridge/ Londres, MIT Press.
- HEYNEN, H. 2002. « Coda: engaging modernism », dans H.-J. Henket et H. Heynen (sous la dir. de), *Back from Utopia. The Challenge of the Modern Movement*, Rotterdam, 010 Publishers, p. 21-32.
- HERTZBERGER, H. (sous la dir. de) 1973. *Homework for more hospitable form*, (Forum voor architectuur en darmee verbonden kunsten, numéro special : vol. xxiv, n° 3).
- HERTZBERGER, H. (1991) 2010. *Leçons d'architecture*, Gollion, Infolio.
- HERTZBERGER, H. 2015. *Architecture and Structuralism - The Ordering of Space*, Rotterdam, 010 Publishers.
- JAURI, N. 2010. *Las villas de la ciudad de Buenos Aires, una historia de promesas incumplidas*. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.
- KOOLHAAS, R. (1978) 2002. *New York délire*, Marseille, Parenthèses.
- LABASSE, J. 1980. *L'hôpital et la ville ; géographie hospitalière*, Paris, Hermann.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1962) 2007. « La science du concret », dans *La pensée sauvage*, Paris, Pion.
- LÜCHINGER, A. 1981. *Structuralism in Architecture and Urban Planning*, Stuttgart, Krämer.
- OURY, F. ; VASQUEZ, A. 1998. *Vers une pédagogie institutionnelle ?*, Vigneux, Matrice.
- SAMSON, S. 1997. « Une usine à guérir : l'hôpital Beaujon à Clichy », *Recherches contemporaines*, n° 4, p. 75-99. Consultable : http://idhes.u-paris10.fr/servelet/com.univ.collaboratif.utilis.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1348818743291 [disponible le 23 janvier 2016].

- de SARRAGA, R. 2010. « Espacialidad y disputas territoriales en Villa 15, Ciudad Oculta », dans D. Kullock et A. Novick (sous la dir. de), *Debates sobre Ciudad y Territorio. Los aportes del CIHaM (Centro de Investigación Hábitat y Municipios)*, Buenos Aires, Nobuko.
- STRAUVEN, F. 1998. *Aldo van Eyck – The Shape of Relativity*, Amsterdam, Architectura & Natura Press.
- VASSET, P. 2007. *Un livre blanc : récit avec cartes*, Paris, Fayard.
- VAN EYCK, A. (1947) 2008. « Statement Against Rationalism » (écrit pour le Ciam VI en 1947), dans F. Strauven et V. Ligtelijn (sous la dir. de), *Aldo van Eyck – Writings*, Amsterdam, SUN.
- WINES, J. ; PHILLIPS, P. 1982. *Highrise of Home*, New York, Rizzoli.
- YUJNOVSKY, O. 1984. *Claves políticas del problema habitacional argentino*, Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano.