



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

MARS

Date :
29/05/2026

MESSAGE D'ALERTE RAPIDE SANITAIRE

Référence :
n°2026_08

Émetteur :

Direction générale de la santé

À l'attention de :

Etablissements de santé (SAU, SAMU, SMIT, EOH
CPias)
Etablissements et services sociaux et médico-
sociaux

ZONE GÉOGRAPHIQUE CONCERNÉE

Nationale Territoriale

Maladie à virus Ebola (MVE) : vigilance renforcée et conduite à tenir devant un cas suspect

MESSAGES CLÉS

- Une épidémie de maladie à virus Ebola (souche Bundibugyo) est en cours en République démocratique du Congo et en Ouganda, avec une circulation virale active et probablement sous-estimée à ce stade.
- Le risque d'importation en France est considéré comme faible à ce jour. Toutefois, la possibilité de survenue de cas suspects impose une vigilance renforcée de l'ensemble des professionnels de santé.
- Les tableaux cliniques initiaux pouvant être peu spécifiques (fièvre, symptômes généraux), une attention particulière doit être portée à l'interrogatoire de voyage et à la recherche d'un contexte d'exposition à risque.
- Une maladie à virus Ebola doit être évoquée devant tout patient présentant une symptomatologie compatible dans les 21 jours suivant un séjour en zone de circulation virale.
- En cas de suspicion, le patient doit être isolé sans délai et les mesures de protection adaptées immédiatement mises en œuvre, avec activation de la filière risque épidémique et biologique (REB) via le SAMU-Centre 15.
- Les cas possibles doivent être pris en charge dans les établissements de santé de référence pour le risque épidémique et biologique (ESR REB) régionaux et les cas confirmés dans les ESR REB nationaux.

Mesdames, Messieurs,

Une épidémie de maladie à virus Ebola (souche Bundibugyo) est en cours en République démocratique du Congo (RDC). Cette situation a conduit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à déclarer, le 17 mai 2026, une Urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) au titre du Règlement sanitaire international.

La circulation du virus est confirmée en RDC dans les provinces de l'Ituri, du Nord-Kivu et du Sud-Kivu avec plus de **1000 cas suspects signalés à ce stade**. Plusieurs cas ont également été identifiés en Ouganda., en lien avec des importations depuis la RDC, sans indication à ce stade d'une circulation virale soutenue sur le territoire ougandais.

La situation demeure évolutive et marquée par :

- **Une évolution de l'épidémie non contrôlée** à ce stade et un bilan **probablement sous-estimé** en RDC ;
- Une circulation dans des zones urbaines et à forte mobilité ;
- L'absence actuelle de vaccination et de traitement validé pour la souche Bundibugyo ;
- La difficulté de réaliser les investigations et le contact-tracing en RDC ;
- La très faible capacité de diagnostic des patients en RDC ;
- Un accès aux soins rendus difficile dans certains secteurs notamment ruraux.

À ce jour, le **risque d'importation en France est considéré comme faible**. Toutefois, la **possibilité de survenue de cas suspects en provenance des zones affectées** appelle à une vigilance renforcée de l'ensemble des professionnels de santé.

Les tableaux cliniques initiaux pouvant être peu spécifiques, une attention particulière doit être portée à l'interrogatoire de voyage et à la recherche d'un contexte d'exposition à risque chez toute personne présentant une symptomatologie compatible dans les 21 jours suivant un séjour en zone de circulation virale.

1. Rappel de la pathologie

La maladie à virus Ebola (MVE) est une pathologie infectieuse rare mais particulièrement grave, au taux de létalité élevé.

La **période d'incubation** est comprise entre **2 et 21 jours**. La symptomatologie débute le plus souvent de manière brutale avec notamment fièvre, asthénie, myalgies, céphalées et odynophagie, puis évolue vers des troubles digestifs (vomissements, diarrhées, douleurs abdominales), une éruption cutanée et des atteintes hépato-rénales. Des manifestations hémorragiques, plus tardives et inconstantes, peuvent être observées. Une atteinte neurologique est également possible (confusion, irritabilité).

Les personnes infectées ne sont pas contagieuses avant l'apparition des symptômes, elles deviennent contagieuses dès le début des symptômes.

La transmission initiale à l'humain est supposée survenir lors de contacts étroits avec des animaux infectés, vivants ou morts, particulièrement les chauves-souris ou les primates non humains. La transmission interhumaine se produit par contact direct avec le sang ou les fluides biologiques de personnes infectées, ou par contact avec des surfaces contaminées.

2. Définition de cas et zone de circulation virale

Selon la définition de cas de Santé publique France, un **patient suspect** est défini comme toute personne présentant, dans un délai de 21 jours après son retour d'une zone de circulation virale, un tableau clinique évocateur de maladie à virus Ebola :

- Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- OU des symptômes incluant céphalées sévères, asthénie, myalgies/arthralgies, vomissements, diarrhée, douleur abdominale ou saignements inexpliqués ;
- OU une personne décédée de façon inexpliquée.

Les personnes revenant de la zone de circulation du virus et ne rapportant aucun symptôme ne sont pas des patients suspects à évaluer.

Les zones de circulation du virus figurent dans la définition de cas de Santé publique France, ces données sont susceptibles d'évoluer en fonction de la situation.

- o https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/2026-05/2026_05_27_definition_contact_coexpo_cas.pdf
- o https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/2026-05/2026_05_27_QuestClassementEbola.docx

3. Organisation attendue des établissements

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a publié en 2022 un avis détaillé précisant la conduite à tenir face à une suspicion de maladie à virus Ebola, incluant les mesures d'organisation, de protection des professionnels et de prise en charge des patients. Cet avis, toujours en vigueur, constitue le cadre de référence pour la gestion de ces situations en établissements de santé ([Synthèse et actualisation des avis du HCSP relatifs à la maladie à virus Ebola \(MVE\)](#)).

Ainsi, les établissements de santé sont invités :

- À s'assurer de leur niveau de préparation face au risque épidémique et biologique (REB), incluant la connaissance et la diffusion des procédures à jour (cf. sites internet de la [mission nationale de coordination du risque épidémique et biologique](#) (COREB) et de Santé publique France), l'identification de circuits patients sécurisés et la disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI) ;

- À renforcer la **sensibilisation des équipes**, notamment des services d'accueil des urgences, du SAMU, de la médecine de ville, de la médecine sociale (dispensaire, Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), etc.) et de la médecine des voyages et à **intégrer systématiquement la notion de retour de zone à risque** (cf. définition de cas de Santé publique France, données susceptibles d'évoluer en fonction de la situation) dans l'évaluation clinique ;
- À appliquer strictement les **mesures de gestion des cas suspects**, incluant l'isolement immédiat du patient, la protection du personnel (cf. annexe 3 Mesures d'hygiène et de protection des professionnels en fonction du statut du patient et du lieu de prise en charge – HCSP 2022), la prise de contact sans délai avec le SAMU-Centre 15 et l'absence de transfert sans organisation préalable en lien avec l'Etablissement de santé de référence (ESR) REB régional.

Le logigramme décisionnel en annexe résume la conduite à tenir en cas de suspicion de fièvre hémorragique virale (FHV) :

- Tout cas suspect selon la définition de cas et de contacts de Santé publique France doit faire l'objet d'un classement par les experts (médecin prenant en charge le patient, infectiologue référent de l'ESR REB régional, SAMU-Centre 15 et Centre national de référence (CNR) pour les fièvres hémorragiques virales) au cours d'une conférence téléphonique à laquelle peuvent participer l'Agence régionale de santé (ARS) et Santé publique France ;
- En cas de classement en cas possible, le patient doit être transféré en ESR REB régional où seront réalisés les prélèvements à visée diagnostique. Il est essentiel de ne pas retarder les traitements probabilistes urgents en cas de diagnostic différentiel (par argument de fréquence : paludisme, dengue, infection bactérienne) ou de suspicion de co-infection ;
- Il est rappelé que tout cas possible de fièvre hémorragique africaine (FHA), **maladie à signalement obligatoire**, doit faire l'objet d'une déclaration via le [formulaire dédié de notification obligatoire](#) (« formulaire MSO FHA »). Cette déclaration est transmise en premier lieu à l'ARS, en dehors du circuit de prise en charge en urgence, afin de garantir le suivi de la situation et l'information coordonnée des acteurs régionaux et nationaux, notamment Santé publique France. Elle s'accompagne de la mise en œuvre rapide des mesures d'identification et de suivi des personnes contacts ;
- Les prélèvements à visée diagnostique doivent être envoyés au CNR FHV, selon la norme UN2814, triple emballage UN6.2. Ce CNR assure une astreinte H24 7j/7, et doit être informé préalablement. Pour plus de détails, se référer au site internet du CNR <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/fievrer-hemorragiques-virales> ;

- Tout cas confirmé doit être pris en charge en [ESR REB national](#), le cas échéant via l'Équipe Nationale REB ;
- Pour un patient positif, les examens de biologie médicale nécessaires à sa prise en charge bénéficient d'une dérogation d'autorisation préalable dans le cadre de la réglementation sur les microorganismes et toxines (MOT) (3° R5139-2 du CSP). Le laboratoire dispose alors d'un délai de 30 jours pour transférer (ou détruire le cas échéant) les prélèvements positifs vers un laboratoire autorisé pour détenir/manipuler ce pathogène (typiquement le CNR). Une autorisation de transfert/destruction doit être demandée en amont à l'ANSM à l'adresse biosecurite@ansm.sante.fr.

Je vous remercie pour votre engagement constant et votre mobilisation dans la surveillance, la prévention et la gestion de ce risque sanitaire émergent.

Pr Didier LEPELLETIER
Directeur Général de la Santé
Original Signé

Pour plus d'information :

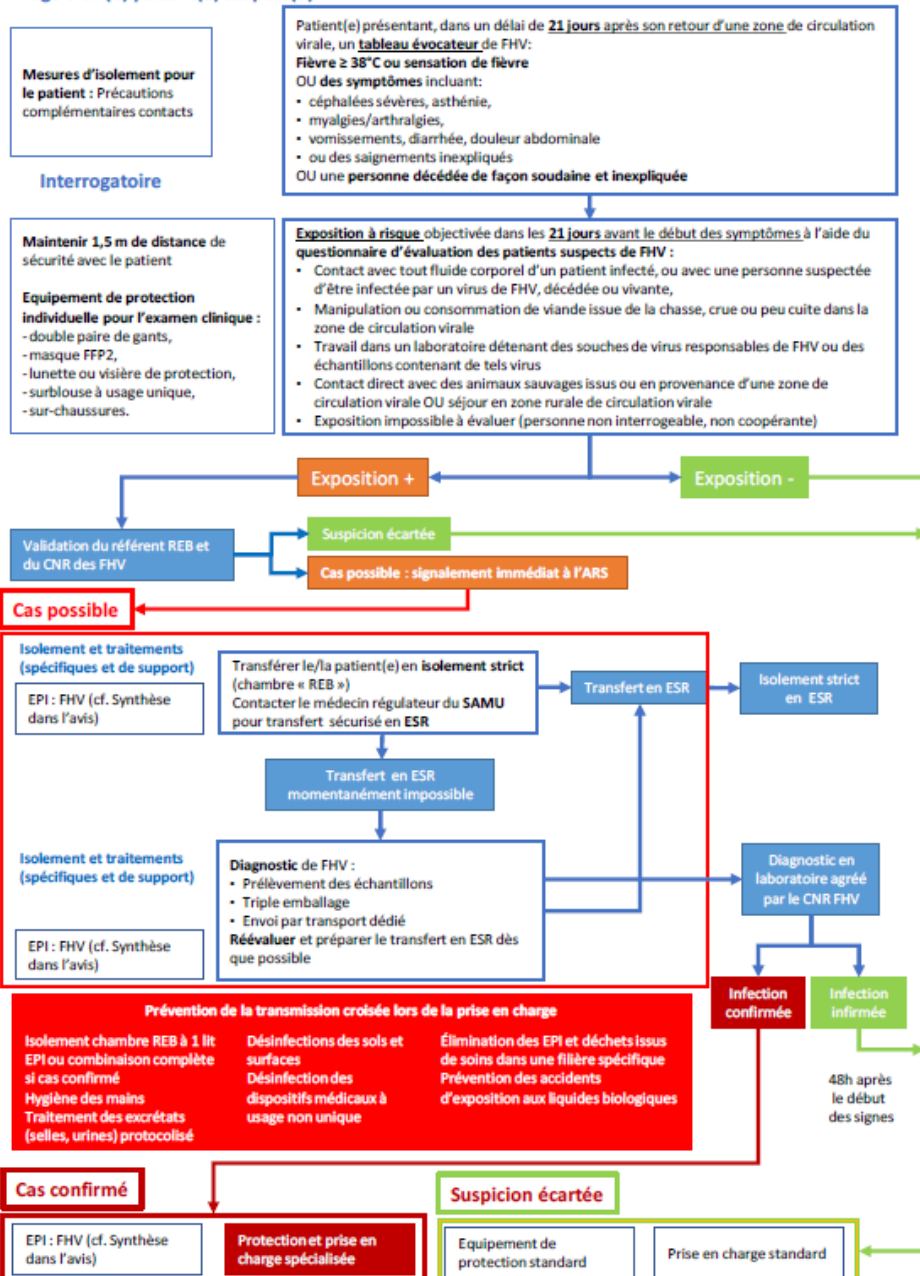
- [Maladie à virus Ebola - Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées](#)
- [Conseils aux voyageurs | France Diplomatie](#)
- [Alerte ebola - république démocratique du congo et ouganda - mai 2026 –](#)
- [Synthèse et actualisation des avis du HCSP relatifs à la maladie à virus Ebola \(MVE\)](#)

Annexe 1 : conduite à tenir en cas de suspicion de FHV : logigramme décisionnel

Conduite à tenir en cas de suspicion de FHV : logigramme décisionnel (HCSP, Octobre 2021)

SUSPICION DE FIEVRE HEMORRAGIQUE VIRALE (FHV) : CONDUITE A TENIR

Triage d'un(e) patient(e) suspect(e)



Annexe 2 : fiches techniques

Fiche technique 1 - [Mesures d'hygiène et de protection des professionnels en fonction du statut du patient et du lieu de prise en charge – HSCP 2022](#)

	En cabinet médical	
	Patient	Personnel médical
Patient suspect Ou possible de MVE	Isolement des autres patients et Port d'un masque chirurgical Friction hydro-alcoolique (FHA)	Friction hydro-alcoolique des mains avant et après tout contact, précédée d'un lavage des mains si souillures visibles ou poudre de gants sur les mains. Mesures de protection avec port de gants, si possible en nitrile, de surblouse à usage unique, d'APR de type FFP2 ou à défaut un masque chirurgical, changé immédiatement après les soins et de lunettes de protection largement couvrantes si risque de projection de liquides biologiques.

Fiche technique 2 - [Composition de la protection des professionnels en cas de patient confirmé à MVE – HSCP 2022](#)

Considérations générales	<p>La tenue de protection est constituée de différents équipements qui sont à usage unique, sauf cas particulier (écran facial par exemple). Dans le cas où des équipements sont réutilisés, ils doivent être désinfectés après chaque utilisation.</p> <p>Une gamme de tailles de combinaisons, de masques de protection respiratoire et de gants doit être disponible, afin de s'adapter à la morphologie de chaque soignant à équiper.</p>
Combinaison	<p>Deux types de combinaisons peuvent être utilisés pour protéger contre les liquides biologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les combinaisons étanches aux liquides type 3-B • et les combinaisons étanches aux brouillards type 4-B, selon la norme EN 14126. <p>Le choix entre combinaison 3-B et combinaison 4-B dépend du statut du cas (possible ou confirmé), de son caractère excréteur ou non et du type de tâche effectuée. L'utilisation d'une combinaison 3-B offre la meilleure protection. Elle est recommandée dans les situations les plus exposantes tels que les soins à un patient excréteur.</p> <p>L'utilisation d'une combinaison 4-B peut être envisagée dans les situations moins exposantes (patient non excréteur, laboratoire de biologie médicale, bionettoyage des zones de circulation et de transfert...), éventuellement associée avec un tablier et des manchettes imperméables selon le type d'actes.</p> <p>Des surchaussures intégrées à la combinaison facilitent le déshabillage.</p>
Tablier	<p>Le port d'un tablier imperméable, couvrant la poitrine et les cuisses, permet de protéger les zones les plus exposées de la combinaison.</p> <p>En cas d'utilisation d'une combinaison 4-B, le tablier complète la protection.</p> <p>Dans un contexte particulièrement exposant, le tablier peut être envisagé en complément d'une combinaison 3-B : son rôle est alors de limiter la contamination sur la zone d'ouverture de la combinaison afin de limiter le risque de contamination lors des étapes de déshabillage.</p>
Surbottes et surchaussures	<p>Les surbottes ou surchaussures antidérapantes, de type PB (3-B) selon la norme EN 14126, complètent la protection apportée par la combinaison. Il convient de les porter par-dessus des chaussures fermées.</p>

	<p>En l'absence de surchaussures intégrées à la combinaison, la tenue comporte une paire de surbottes complétée par une paire de surchaussures portées au-dessus afin de limiter le risque de contamination du sas de sortie (cf. déshabillage).</p> <p>Dans le cas d'une combinaison avec surchaussures intégrées, une paire de surchaussures complète la tenue (afin de « sécuriser » le déshabillage »).</p>
Gants	<p>Le port de deux paires de gants superposées est nécessaire. Les manchettes de la première paire de gants (portés en-dessous) sont recouvertes par les manches de la combinaison. La paire du dessus doit être de taille supérieure à la paire du dessous pour faciliter l'enfilage, et sa manchette doit être assez longue pour recouvrir le bas de la manche de la combinaison.</p> <p>Pour les soins, les gants doivent être conformes à la norme EN 455 sur les gants médicaux. L'utilisation de gants en nitrile doit être privilégiée (bonne résistance mécanique, et évite l'exposition au latex connu pour être sensibilisant)</p> <p>Pour les tâches ne nécessitant pas une dextérité très fine (par exemple le bionettoyage), les gants du dessus peuvent être des gants étanches aux liquides et plus résistants au risque de déchirure ou de perforation, pour éviter de devoir en changer pendant l'intervention dans la chambre. Les normes applicables sont l'EN ISO 374-5 (gants contre les risques microbiologiques), EN ISO 374-1 (risques chimiques) et EN 388 (risques mécaniques).</p>
Masque de protection respiratoire	<p>S'agissant d'un agent infectieux hautement pathogène, et bien qu'il n'existe pas d'argument en faveur d'une transmission du virus Ebola par voie aérienne, un appareil de protection respiratoire de type FFP2 (conforme à la norme EN 149) est recommandé, car il permet un meilleur ajustement au visage et limite donc le risque de contamination des muqueuses du nez et de la bouche.</p> <p>Cela correspond à ce qui est recommandé dans le cadre des mesures renforcées REB (http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/coreb/20181029-procgenvalidee30mai-ars.pdf).</p> <p>Dans certaines situations particulières, le choix d'un masque FFP3 paraîtra préférable à celui d'un FFP2, comme par exemple lors de manoeuvres susceptibles de provoquer la mise en suspension d'aérosols (intubation...).</p> <p>La présence d'une valve expiratoire améliore le confort de l'utilisateur mais expose à un risque de faille dans la protection contre les gouttelettes. Il faut donc choisir un modèle avec une valve protégée.</p> <p>Il peut être envisageable d'utiliser un appareil de protection respiratoire à ventilation assistée pour assurer une protection respiratoire plus efficace et plus confortable. Par ailleurs, il présente l'avantage de protéger l'ensemble du visage. Ce type d'équipement nécessite de bien définir les procédures de désinfection et de maintenance.</p> <p>A noter :</p> <p>Pour être efficace, un appareil de protection respiratoire doit être parfaitement ajusté au visage [199]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le modèle doit être choisi de façon qu'il soit adapté à la morphologie de l'utilisateur, au moyen d'un essai d'ajustement (fit test), • l'utilisateur doit être formé à l'ajustement du masque, ainsi qu'au contrôle de l'ajustement avant chaque utilisation (contrôle d'étanchéité ou <i>fit check</i>), • l'utilisateur doit être parfaitement rasé, car le port d'une barbe, même naissante, ne permet pas un ajustement correct.
Protection des yeux	<p>Les lunettes-masque antibuée étanches aux liquides ou l'écran facial couvrant complètement le visage doivent être conformes à la norme EN 166.</p> <p>Le port de lunettes-masque ou d'un écran facial est indispensable afin de protéger les muqueuses oculaires.</p> <p>Le choix d'un écran facial peut être intéressant en particulier pour les soins exposants, en remplacement des lunettes-masques.</p>

	<p>A noter :</p> <p>En cas d'utilisation de lunettes-masque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vérifier la compatibilité avec le port des lunettes de vue et du masque FFP2, • choisir un modèle antibuée, • quand les lunettes-masque sont portées sous la capuche, vérifier qu'un bon ajustement de la capuche est possible, notamment qu'aucune partie du visage ne reste découverte. <p>L'utilisation d'un écran facial réduit la formation de buée souvent constatée avec des lunettes-masque lors d'une séquence de soins prolongée.</p> <p>Si l'écran facial doit être réutilisé, il est impératif de bien définir les procédures de désinfection efficaces à mettre en oeuvre et de tenir compte des risques d'exposition du personnel chargé de cette désinfection.</p> <p>Si les lunettes-masque peuvent être portées au-dessus ou au-dessous de la capuche, l'écran facial ne peut être porté qu'au-dessus. Certains, dans le souci d'homogénéiser les procédures au sein de leur établissement, conseillent de porter l'équipement choisi, quel qu'il soit, au-dessus de la capuche.</p> <p>Si les lunettes-masque sont portées sous la capuche, elles protègent les yeux d'éventuelles projections lors du retrait de la combinaison. Si elles sont portées au-dessus, elles ne peuvent pas jouer ce rôle car elles sont retirées avant la combinaison.</p>
Cagoule de protection	<p>Il existe deux types de cagoule : les cagoules chirurgicales et des cagoules couvrant les épaules. Le port d'une cagoule est nécessaire pour éviter la contamination de la tête lors du retrait de la capuche.</p> <p>Plusieurs cas de figures sont possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • port sous la capuche d'une cagoule chirurgicale ou d'une cagoule couvrant les épaules, • port au-dessus de la capuche d'une cagoule couvrant les épaules.

Fiche technique 3 - [Habillage et déshabillage en cas de prise en charge de patient confirmé à MVE ou suspect/possible excréteur à MVE – HCSP 2022](#)

Habillage	<p>L'habillage est réalisé dans un sas d'habillage équipé d'un miroir. Les consignes d'habillage doivent être affichées dans ce sas.</p> <p>L'habillage doit être fait sous la supervision d'un collègue. Néanmoins cette supervision ne dispense pas d'une auto-vérification de la tenue devant le miroir avant d'entrer dans la chambre.</p> <p>Les séquences d'habillage ne sont pas détaillées ici.</p> <p>Lors des étapes de vérification, une vigilance particulière doit être portée à la protection du visage.</p>
Déshabillage	<p>Le personnel doit impérativement être formé et entraîné régulièrement à ces procédures afin de limiter les risques de contamination lors du retrait de la tenue.</p> <p>Le déshabillage est réalisé sous la supervision d'un collègue. Il se déroule en deux temps, le premier dans la chambre et le second dans le sas de sortie. Les principales étapes du déshabillage sont affichées dans le sas de sortie.</p> <p>Le sas de déshabillage est équipé d'un miroir pour faciliter la précision des gestes lors du déshabillage et d'un banc ou d'un tabouret, si possible pivotant, pour éviter le risque de chute au retrait des jambes de la combinaison.</p> <p>Une zone « sale » et une zone « propre » sont délimitées, au minimum par un marquage au sol, le tabouret et le container DASRI se trouvant à la limite des 2 zones. Une solution hydro-alcoolique doit être à disposition.</p>

	<p>Il convient d'organiser une procédure de déshabillage en urgence (forte contamination, malaise du soignant...), pouvant nécessiter l'intervention d'un collègue. La procédure en cas d'accident d'exposition à risque viral (AEV) est affichée dans le sas.</p> <p>Un kit de désinfection et un pyjama de rechange y sont mis à disposition.</p> <p>Dans tous les cas, une vigilance particulière devra être portée sur certains points qui restent critiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lors du retrait de la combinaison, risque de contact de la partie extérieure des manches de la combinaison avec la tenue de dessous, notamment au passage des épaules : ne pas croiser les bras vers l'avant une fois la combinaison ouverte. • Lors du retrait des gants, si le geste n'est pas bien maîtrisé, il peut y avoir un risque de contamination de la peau ou du gant sous-jacent. • Lors du retrait du FFP2, risque de toucher le visage et risque de faire tomber les lunettes de vue : le retrait par l'arrière en saisissant les élastiques (avec les mains nues) semble plus sûr que le retrait par l'avant (avec les mains gantées). • Dans le cas du déshabillage en binôme, être vigilant sur le risque de contact contaminant entre les 2 personnes, qui peut être majoré si le sas est exigü. <p>Plusieurs procédures peuvent être envisagées pour effectuer le déshabillage, en fonction du type d'EPI choisis (avec ou sans chaussures intégrées, cagoule sous la combinaison ou sur la combinaison, lunettes-masque ou écran facial...). Une procédure est donnée à titre d'exemple ci-dessous.</p>
<p>Exemple de procédure de déshabillage</p>	<p>Dans cet exemple, le soignant porte une tenue composée d'une combinaison à surchaussures intégrées, de surchaussures, d'un tablier, de deux paires de gants superposés, de lunettes-masque ou d'un écran facial portés au-dessus de la capuche, d'une cagoule sous la capuche, d'un masque FFP2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans la chambre, près de la porte d'accès au sas de sortie, retirer tablier, surchaussures et paire de gants extérieure. La technique de retrait des gants doit être parfaitement adaptée et maîtrisée pour éviter toute contamination. • Dans le sas, en zone « sale », en utilisant le miroir pour des gestes plus précis : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre une nouvelle paire de gants, au-dessus de la paire de gants restante pour éviter de contaminer les gants de dessous lors des étapes de déshabillage qui suivent. ○ Ouvrir l'adhésif qui recouvre la fermeture de la combinaison ○ Saisir l'écran facial ou les lunettes-masque à l'arrière de la tête par le serre-tête, pour les retirer de l'arrière vers l'avant. ○ Ouvrir la combinaison puis retirer la capuche en la soulevant et la tirant vers l'arrière. ○ Ecarter les pans de la combinaison puis dégager les deux épaules en même temps en tirant sur l'arrière de la combinaison, sans croiser les bras devant. ○ Faire descendre la combinaison par l'arrière jusqu'en dessous des fesses, en retournant la face intérieure sur la face extérieure. A la fin de cette étape, les gants du dessus sont entraînés avec les manches, à condition qu'ils aient été décollés au préalable au niveau des doigts. ○ S'asseoir pour retirer une par une les jambes de la combinaison et les surbottes, en ne touchant que la face intérieure. Poser un pied après l'autre dans la zone « propre ». ○ Jeter le tout. ○ Le personnel se trouve alors en zone propre avec comme EPI : une cagoule, un masque respiratoire, la paire de gants de dessous à manchette longue • Dans le sas en zone « propre » : <ul style="list-style-type: none"> ○ Retirer les gants puis réaliser une friction hydro-alcoolique (FHA). ○ Saisir la cagoule à l'arrière de la tête et la retirer vers l'avant. ○ Retirer le FFP2 par l'arrière en le saisissant par les élastiques. ○ Terminer par une FHA.