



Myoline

Bulletin d'information médicale sur les maladies neuromusculaires

Janvier - Février 2009

numéro 100

> **Maladies** neuromusculaires

Thérapie génique un développement sans conteste des techniques

Depuis les années 1990, époque des premiers essais de thérapie génique, cette voie thérapeutique s'est enrichie de nouvelles techniques permettant de réaliser une « chirurgie du gène ». Celle-ci s'appuie sur trois approches : le saut d'exon par oligonucléotides antisens libres ou vectorisés par AAV, la translecture des codons stop prématurés et les systèmes de recombinaison par méganucléases.

Le premier numéro de Myoline, paru en juin/juillet 1992, mentionnait l'avènement de la thérapie génique, une nouvelle voie thérapeutique « visant à introduire dans les cellules l'information génétique qui leur fait défaut ». L'article précisait : « l'utilisation de vecteurs viraux (rétrovirus ou adénovirus) ou l'injection directe de matériel génétique sont autant de techniques envisageables... ». Au cours des années, ces techniques ont été développées et l'on parle, aujourd'hui, de chirurgie du gène.

Thérapie génique classique

Dans la dystrophie musculaire de Duchenne (DMD), un essai clinique de phase I de thérapie génique par transfert du gène sain (plasmide-dystrophine), a été mené à l'Institut de Myologie en collaboration avec Transgène. Une collaboration franco-américaine travaille à un essai de phase I/II, d'administration intraveineuse du plasmide-dystrophine et d'AAV-microdystrophine dans un membre entier. Généthon mène un essai de tolérance d'une injection intramusculaire d'un AAV1-gamma-sarcoglycane chez des patients atteints de dystrophie musculaire des ceintures de type 2C (LGMD2C ou gamma-sarcoglycanopathie) à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

Technique du saut d'exon

Dans environ 65% des cas de DMD, la mutation dans le gène de la dystrophine entraîne un décalage du cadre de lecture. La technique du saut d'exon vise à récupérer un cadre de lecture opérationnel. Pour induire ce saut d'exon, de petites séquences artificielles d'ARN anti-sens ont été utilisées. Ainsi, le saut d'exon utilisant des oligonucléotides anti-sens ciblant l'exon 51 (PRO051 mis au point par la société de biotechnologie Prosensa) a fait l'objet, en 2006, d'un premier essai de phase I chez 4 patients DMD. Les résultats positifs obtenus (biopsie musculaire : présence d'une quasi-dystrophine chez les patients) ont permis de lancer un essai de phase II du PRO051 administré non plus par voie IM mais par voie sous-cutanée.

En 2008, un essai de phase I d'administration locale de morpholinos (molécules synthétiques stables utilisées pour induire le saut d'exon) a démarré, en Angleterre, chez 9 garçons atteints de DMD et âgés de 12 à 16 ans. L'essai se poursuit avec la voie intraveineuse. En 2004, une nouvelle stratégie de saut d'exon (Généthon) a permis d'obtenir chez la souris *mdx* .../... p. 4

- > 1 Thérapie génique : un développement sans conteste des techniques
- > 2 MNM : dimension psychologique intégrée
- > 2 Myopathies congénitales
- > 2 Compte Rendu : groupes de travail de l'AFM
- > 3 Fauteuil roulant électrique : évaluer les capacités des personnes à la conduite
- > 4 Annonces- Parution
- > **En encart** : Fiche Technique : "Principales maladies neuromusculaires"

éditorial

Le centième numéro de Myoline est arrivé ! Pour cet événement, nous avons pris le parti de reprendre les différents sujets traités dans le premier numéro paru en juin/juillet 1992.

Au sommaire de ce n° 1, le titre de la « Une » posait la question « 1992, l'année de la thérapie génique ? », la rubrique « Psychologie » évoquait l'importance d'aller « Vers une approche psychologique des maladies neuromusculaires », « Maladies musculaires congénitales » et « Un fauteuil roulant électrique » étaient respectivement les titres des articles des rubriques « Cliniqueinfo » et « Prescrire ». L'actualité des différents groupes de travail initiés par l'AFM et rassemblant des cliniciens et des chercheurs étaient également rapportée.

Aujourd'hui, seize ans plus tard, le chemin parcouru est incontestable. La thérapie génique s'est enrichie de nouvelles techniques et les essais cliniques se poursuivent. L'accompagnement psychologique des patients et de leur famille est reconnu nécessaire et est intégré à la prise en charge. L'identification des gènes en cause dans les myopathies congénitales a mené à de nouvelles formes cliniques. Depuis 2000, la prise en charge d'un fauteuil roulant électrique est soumise à une consultation préalable auprès d'une équipe pluridisciplinaire. Enfin, les groupes de travail de l'AFM ont évolué en fonction des priorités de la prise en charge des patients.

■ L'équipe Myoline



Myopathies congénitales

« Les myopathies congénitales sont bien caractérisées sur le plan clinique et anatomopathologique : myopathies à bâtonnets (némaline), à central core, à multi-minicore, myotubulaire ou centronucléaire. Pour chacune de ces maladies, d'important travaux de recherche génétique sont en cours » (Myoline, 1992, 1 : 2). Ces travaux ont menés à la découverte de nouvelles formes cliniques, aux différentes protéines défectueuses et aux mutations géniques en cause :

• **myopathie à némaline**

formes autosomique dominante (AD) ou autosomique récessive (AR) liées à l'alpha-actine squelettique (gène *ACTA-1*), formes AD ou AR liées à l'alpha-tropomyosine lente (*TMP3*), forme AD liée à la bêta-tropomyosine (*TMP2*), forme AR liée à la nébuline (*NEB*), forme AR liée à la troponine T lente (*TNNT1*), forme AR liée à la cofiline-2 (*CFL2*).

• **myopathie à central core**

formes AD ou AR impliquant le gène *RYR1* codant le récepteur à la ryanodine 1.

• **myopathie à multiminicore**

forme AR due à des mutations du gène *SEPN1* codant la sélénoprotéine N, formes modérées avec ophtalmoplégie AD ou AR impliquant le gène *RYR1*.

• **myopathie myotubulaire**

forme récessive liée à l'X impliquant la myotubularine (gène *MTM1*).

• **myopathie centronucléaire**

forme AD due à des mutations du gène *DNM2* codant la dynamine 2, forme AR liée à l'amphiphysine 2 (gène *BIN1*), forme impliquant le gène *RYR1*.

• **myopathie avec disproportion des types de fibres**

formes AD dues à des mutations dans les gènes de l'alpha-actine squelettique et de l'alpha-tropomyosine lente, forme AR impliquant le gène *SEPN1*, quelques cas à transmission AR liés à des mutations du gène *RYR1*.

• **myopathie à « cap »**

Forme AD due à des mutations du gène *TPM2* codant la bêta-tropomyosine.

Il apparaît aujourd'hui qu'un même gène est associé à différentes formes de myopathies congénitales. C'est le cas du gène *RYR1* codant le récepteur à la ryanodine 1 et ce, chez de nombreuses familles. Par ailleurs, les mutations du gène *TMP3* (alpha-tropomyosine lente) sont la cause principale de myopathie avec disproportion des types de fibres. Enfin, des mutations du gène *DNM2* (dynamine 2) sont responsables d'une forme sévère de myopathie centronucléaire AD débutant dans les premiers jours ou mois de vie.

■ **AR**

MNM : dimension psychologique intégrée

Au fil du temps, la prise en compte de la dimension psychologique s'est intégrée à la prise en charge des patients atteints d'une maladie neuromusculaire et de leur famille. Face à une pathologie évolutive, chronique et invalidante, l'accompagnement psychologique est, maintenant, reconnu nécessaire.

« En ce qui concerne la prise en charge, les médecins ne sauraient se contenter de l'approche médicale. Il apparaît indispensable de tenir compte de ce que représentent les conséquences du handicap pour le patient lui-même et son environnement. Les relations entre les aspects psychologiques et médicaux s'avèrent donc nécessaires ». Depuis ces propos rapportés dans le premier numéro de Myoline, l'approche psychologique des maladies neuromusculaires (MNM) s'est peu à peu imposée.

Des activités multiples

La collaboration transdisciplinaire, au sein des consultations spécialisées en pathologie neuromusculaire, a progressivement permis aux professionnels de mieux saisir la dynamique psychologique et les processus adaptatifs des patients et de leur famille confrontés à une maladie chronique, souvent évolutive et parfois à pronostic létal. Les psychologues exerçant dans le cadre des consultations pluridisciplinaires pour les MNM ont des activités et des modalités d'intervention variées. Dans certains hôpitaux la rencontre est programmée systématiquement sans être obligatoire,

les patients pouvant la refuser. Ailleurs, elle est proposée par la secrétaire lors de la prise du rendez-vous de consultation. Ailleurs encore, le médecin consultant évoque la possibilité d'un entretien. Enfin, il arrive plus rarement que le psychologue assiste aux consultations médicales. Au demeurant, toutes les consultations spécialisées en MNM ne disposent pas encore de psychologue. Généralement, il ne s'agit pas pour les psychologues de prendre en charge tous les patients de la consultation sur le moyen-long terme. Un relai est donc indispensable avec les professionnels de proximité, d'où l'intérêt de la création de réseaux qui se développent dans certaines régions.

Un travail de réflexion

Un groupe de travail composé de 20 psychologues a été mis en place par l'AFM il y a 4 ans. La réflexion a porté, notamment, sur les différentes manières d'aller à la rencontre des enfants, des adolescents et de leur famille lors de leur visite à l'hôpital ; sur les éléments d'information et de réponse partielle et progressive à leur donner en tenant compte de leurs représentations et de leur expérience subjective de la maladie; sur l'aide directe auprès des malades (souvent à base d'entretiens). Cette réflexion concernait aussi les informations pouvant être partagées entre le psychologue et les autres membres de l'équipe de la consultation MNM, les modalités d'articulation et de transmission entre ces différents professionnels ainsi qu'avec d'autres équipes extérieures.

« Aspects psychologiques et psychopathologiques dans les maladies neuromusculaires », coordinateurs : M. Frischmann, M. Gargiulo, C. Réveillère, P. Mazet, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, mars 2008, 56 (2) : 49-116

Groupes de travail de l'AFM

Dans le but de faire progresser la connaissance et les pratiques de soins dans les maladies neuromusculaires (MNM), l'AFM a initié, il y a plus de quinze ans, des groupes de travail dédiés aux thèmes prioritaires de la prise en charge des patients atteints de MNM. Constitué de spécialistes, chaque groupe travaille autour d'un thème spécifique : respiration, cœur, orthopédie, kinésithérapie, douleur, nutrition, ergothérapie, psychologie...

En 1992, dans le premier numéro de Myoline étaient présentés les groupes de travail constitués à cette époque à savoir, « Anesthésie », « Respiration », « Sommeil », « Nutrition », « Cardiologie ». De 1992 à 2009, ces groupes ont évolué en fonction des priorités de la prise en charge des patients atteints de MNM. Actuellement, les groupes en activité sont les suivants : « Respiration », « Cœur », « Douleur », « Kinésithérapie », « Ergothérapeutes », « Déglutition » et le groupe des « Psychologues de consultation ». Les travaux de ces groupes

font régulièrement l'objet de comptes rendus synthétiques dans le Myoline.

Groupe « Respiration »

En 2008, le groupe « Respiration » s'est intéressé, particulièrement, aux effets de la corticothérapie chez les enfants atteints de dystrophie musculaire de Duchenne (observatoire français), à l'intérêt du Percussionnaire® et du Cough Assist® dans la prise en charge respiratoire des patients atteints de MNM.

Fauteuil roulant électrique : évaluer les capacités des personnes à la conduite

Les XXI^{es} Entretiens Annuels de la Fondation Garches qui se sont tenus les 20 et 21 novembre 2008 avaient pour thème « le fauteuil roulant ». Le nombre d'utilisateurs de fauteuils roulants, en France, est estimé à 360 000 dont 31 000 utilisent un fauteuil électrique (FRE). Le FRE est, sans nul doute, celui qui a bénéficié du plus grand apport des technologies innovantes durant ces dernières décennies. Sa prise en charge est soumise à une évaluation préalable par une équipe pluridisciplinaire.

En 1992 année de parution du premier Myoline, un article de la rubrique « Prescrire... » intitulé «...un fauteuil roulant électrique » spécifiait « Les fauteuils roulants électriques actuels offrent d'autres possibilités que le simple déplacement dans le plan horizontal. Ce sont des fauteuils multifonctions aux performances très sophistiquées. La prescription d'un fauteuil roulant électrique n'est plus la sanction négative de la perte de la marche ».

Une évaluation préalable

Depuis l'introduction du fauteuil roulant électrique (FRE) en France en 1973 grâce à l'Association française contre les Myopathies (AFM) et son inscription au Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires en 1977, les technologies et la législation ont évolué parallèlement. Depuis 2000, la prise en charge d'un FRE est soumise à une consultation préalable auprès d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum d'un médecin de Médecine physique et Réadaptation (MPR) et d'un ergothérapeute et/ou d'un kinésithérapeute. Cette équipe évalue la capacité de la personne à conduire

un FRE ainsi que le choix du modèle préconisé. A l'issue de cette évaluation, l'arrêté du 24 août 2000 prévoit, le cas échéant, la délivrance à la personne d'un certificat d'essai présumant que les capacités cognitives du patient lui permettent d'en assurer la maîtrise. Cependant, ce dispositif pose problème quant aux possibilités d'évaluation des capacités cognitives par les équipes. Les fonctions sensorielles, notamment visuelles, ne sont pas évoquées dans le texte or, leur évaluation est indissociable de celles des fonctions cognitives. Même s'il est constaté que les déficiences cognitives pouvant induire des incapacités à la conduite d'un FRE concernent surtout l'attention, l'adaptation aux situations, la mémoire, l'orientation spatiale voire les praxies, très peu de structures sont capables d'effectuer ces bilans car il n'y a pas actuellement d'outils disponibles. Il est donc nécessaire de mettre au point une évaluation sensori-cognitive standardisée. Au demeurant, les cliniciens peuvent plus ou moins aisément évaluer les capacités sensorielles et cognitives impliquées dans la conduite d'un FRE lors de mises en situation ou de tests analytiques. Cette évaluation nécessite d'une

part, une équipe composée d'un kinésithérapeute, d'un ergothérapeute, d'un psychologue et du médecin de MPR et d'autre part, la présence du patient pendant une journée entière ou lors de deux visites successives.

Accessibilité et technologie

Par ailleurs, l'augmentation de la prévalence et la place prise par l'utilisation du fauteuil roulant dans notre société invitent à une transformation sociale prenant en compte les usagers de fauteuils roulants.

En France, il existe un retard et la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances a été mise en place pour le rattraper. Les urbanistes, architectes et compagnies de transport se doivent de faire une place aux utilisateurs potentiels de fauteuils roulants. Les escaliers, les rebords de trottoirs, les pentes montantes raides, les sols accidentés ou irréguliers continuent à gêner la mobilité des personnes en FRE. Les systèmes monte-trottoirs proposés sur bon nombre de FRE ne permettent de franchir que des trottoirs de 10 à 12 cm. Quelques dispositifs permettant de franchir des obstacles ou de monter et de descendre des escaliers ont été développés ces 20 dernières années. Parce que l'accessibilité ne sera jamais totale, il est souhaitable de continuer à apporter des solutions technologiques pour que les fauteuils roulants puissent surmonter les obstacles auxquels les utilisateurs peuvent être confrontés.

« Le Fauteuil Roulant », actes des 21^{es} Entretiens de la Fondation Garches, éditions Frison-Roche, 2008, 251 p.

Groupe « Cœur »

Lors de la dernière réunion du groupe « Cœur » en septembre 2008, ont notamment, été abordées deux études en préparation dans la dystrophie musculaire de Duchenne (DMD). La première, visant à tester les Bêta-bloquants en association avec les IEC à titre préventif chez des enfants de 10 à 15 ans, devrait débiter prochainement. La seconde a pour principal objectif l'évaluation de l'effet des IEC sur la force musculaire chez des enfants de 3 à 7 ans, l'objectif secondaire étant l'effet préventif sur la fonction cardiaque.

Groupe « Douleur »

Créé pour étudier la douleur dans les MNM, le groupe « Douleur » était à l'origine constitué de cinq sous-groupes, chacun devant répondre à une question spécifique : douleurs post-opératoires, enquête sur la douleur dans les MNM, définition des modalités d'évaluation de la douleur (élaboration d'une fiche douleur dans

la vie quotidienne), étude des phénomènes douloureux en rééducation et réflexion sur la relation entre douleur d'origine osseuse et ostéoporose. Des réponses ayant été apportées aux quatre premières questions, seul le cinquième sous-groupe reste en activité. Il mène une étude observationnelle de la prescription des biphosphonates ou du calcium/vit D dans les MNM de l'enfant. L'objectif est de déterminer de façon rigoureuse l'efficacité des biphosphonates sur la douleur dans la dystrophie musculaire de Duchenne et dans l'amyotrophie spinale.

Groupe « Ergothérapeutes »

Le groupe de travail « ergothérapeutes » s'est réuni pour la seconde fois le 7 janvier 2009. Lors de la première réunion en février 2008, il était apparu une diversité de leur action dans les consultations pluridisciplinaires et une grande disparité de fonctionnement des différentes consultations. Cette seconde réunion a permis de travailler à l'élaboration d'une

fiche « référentiel du métier d'ergothérapeute en charge de maladies neuromusculaires dans le cadre des consultations pluridisciplinaires ». Par ailleurs, les ergothérapeutes ont exposé leur implication dans l'aménagement du logement et le choix des aides techniques. Beaucoup interviennent sur le lieu de vie et certains participent à la rééducation.

Groupe « Kinésithérapie »

L'objectif actuel du groupe « Kinésithérapie » est l'harmonisation des outils d'évaluation utilisés pour le bilan kinésithérapique des patients atteints de MNM. La première étape a consisté à faire un état des lieux. Il en est ressorti une grande disparité dans les champs explorés, chacun ayant mis au point ses propres grilles. L'importance de la reproductibilité du bilan a été soulignée.

■ EB

une restauration efficace et durable de la synthèse de dystrophine. Cette technique associe le saut d'exon par oligonucléotides antisens à une technologie classique de thérapie génique (vectorisation par AAV). La séquence antisens choisie liée à un petit ARN nucléaire naturel, le snRNA dénommé U7 masque, lors de l'épissage, l'exon défectueux et rétablit le cadre de lecture. L'intérêt de cette stratégie est la production stable et continue des oligonucléotides antisens thérapeutiques au sein des fibres musculaires. Depuis, ont été étudiées de nouvelles voies d'administration chez le chien *GRMD* ainsi qu'un traitement immunomodulateur transitoire visant à supprimer la réaction immunitaire contre l'AAV chez la souris *mdx*.

Codons stop prématurés

Trois centres de référence français (Marseille, Nantes et Paris) sont impliqués dans un essai mené par PTC Therapeutics dans 38 centres répartis dans le monde. Cet essai de phase IIb, visant à évaluer la tolérance à long terme et l'efficacité clinique de la molécule PTC124, a inclus 165 patients atteints de DMD/DMB uniquement porteurs d'une mutation non-sens du gène de la dystrophine. Cet essai vise à évaluer l'efficacité sur l'amélioration de la marche, la fonction et la force musculaire et la tolérance à long terme de la molécule PTC124, administrée par voie orale, chez des enfants atteints de DMD ou DMB due à une mutation non-sens (présence d'un codon stop prématuré).

Méganucléases

Un accord de recherche et de licence a été conclu entre l'AFM et Collectis pour explorer sur 5 ans la chirurgie du génome par méganucléases. Ce sont des enzymes qui coupent l'ADN en un point très précis pour en réparer une mutation. Une portion saine peut lui être adjointe pour réparer le gène. Cette technique sera développée pour deux gènes candidats : ceux de la bêta-globine et de la dystrophine.

■ SB, EB

Annonces

12^{es} JIVD

Les 12^{es} Journées Internationales de Ventilation à Domicile se tiendront à Barcelone, en Espagne, les 27 et 28 mars 2009. Entièrement consacrées à la ventilation à domicile (VNI), ces journées sont ouvertes à tous les acteurs concernés : médecins, paramédicaux, techniciens, prestataires de soins, patients, psychologues... En dehors des conférences plénières, auront lieu différentes sessions abordant les aspects médicaux ; l'organisation, la surveillance et les aspects sociaux ; les aspects pratiques. Tous les aspects de la VNI sont ainsi traités. Des sessions sont également dédiées aux patients. Des symposiums et des communications libres compléteront le programme. Ce dernier est disponible dans son intégralité sur le site internet : www.jivd-france.com

Secrétariat : *Brigitte Hautier, Sylvaine Sazio, secrétariat du S.R.M.A.R., Hôpital de la Croix Rousse, 69317 Lyon Cedex 04*
Email : brigitte.hautier@free.fr

JNLF 2009

L'édition 2009 des Journées de Neurologie de Langue Française se déroulera du 1^{er} au 4 avril au Palais des Congrès de Lille. Moment d'informations et de formation, de rencontre et d'échanges, ces journées offrent notamment un enseignement supérieur de neurologie : sclérose en plaques, maladie de Parkinson (au-delà des symptômes dopa-sensibles), pathologie vasculaire cérébrale, démences et génétique. Le programme détaillé est disponible en ligne à compter du 30 janvier sur www.jnlf.fr/02-congres/2009/programme.asp La participation aux ateliers implique une inscription préalable indépendante de l'inscription au congrès indispensable.

Secrétariat : *BCA, 92594 Levallois Perret Cedex.*
Email : contact@b-c-a.fr

2^{es} JRC

Cette année 2009, les 2^{es} Journées de Recherche Clinique, organisées par l'AFM en partenariat avec CORNEMUS, auront lieu les 25, 26 et 27 mai à Marseille et ce, conjointement avec les Journées Neuromusculaires de Marseille. Le programme et les modalités d'inscription seront disponibles courant février sur le site internet : www.jrc.afm-telethon.fr

Parution

Le handicap en France

« Le handicap en France, chroniques d'un combat politique », concerne le défi sociétal contenu dans l'intitulé de la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».

Cet ouvrage analyse et décrit le long et difficile chemin que ce pari social nécessite : des mots, des regards, des cultures, des concepts et bien sûr des textes législatifs et réglementaires divers et variés sont évoqués. L'opiniâtreté des acteurs associatifs, la force de conviction de celles et ceux qui accompagnent ces évolutions de la pensée et des actions et surtout la patience dont font preuve les personnes en situation de handicap et leurs familles sont les vrais moteurs de ce changement. Il faut sortir définitivement des réponses (solutions) liées à l'aide sociale et encore plus à toute notion de « charité ».

« *Le handicap en France, chroniques d'un combat politique* », Jean-Claude Cunin, Dunod, 2008, 236 p, Euros : 22,80

Une médaille d'or pour l'AFM

En décembre 2008, l'AFM, en la personne de sa présidente, a reçu la médaille d'or de l'Académie nationale de Médecine. Cette institution a ainsi tenu à distinguer l'association pour son rôle dans « la lutte contre les maladies neuromusculaires et le handicap qu'elles provoquent et, plus généralement la lutte contre les maladies génétiques et l'aide à la recherche concrétisée par la création du Généthon ».

L'AFM dédie cette distinction à tous ceux qui lui donnent les moyens de poursuivre son combat, notamment aux donateurs du Téléthon.



Association reconnue d'utilité publique - 1, rue de l'Internationale - BP 59 - 91002 Evry cedex - Tél. : 01 69 47 28 28 - Fax : 01 60 77 12 16
Siège social : AFM - Institut de Myologie - 47-83, boulevard de l'Hôpital - 75651 Paris cedex 13 - www.afm-france.org

Myoline

Directeur de la publication : Laurence TIENNOT-HERMENT - Directeur de la rédaction : Tuy Nga BRIGNOL - Rédacteur en chef : Edwige BIARD
e-mail rédaction : myoline@afm.genethon.fr - Maquette : a2i graphic - Impression : Taag - 01 69 25 40 40 - Ont collaboré à ce numéro : Serge Braun - Christian Devaux - Martine Frischmann - Marcella Gargiulo - El-Hadi Hammouda - Aurélie Reis - Christian Réveillère. Dépôt légal : Janvier / Février 2008 - I.S.S.N. : 1169-5498

BULLETIN D'ABONNEMENT

Je m'abonne GRATUITEMENT à Myoline pour 1 an :

Nom.....
Prénom.....
Profession/Spécialité.....
.....
Adresse et code postal.....
.....
.....

La loi informatique et liberté du 06/01/78, vous permet d'exercer les droits d'accès, de rectification et de radiation prévus aux articles 26, 34 et 36 en vous adressant à l'AFM - BP 59 - 91002 EVRY Cedex.