

VEILLE INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Radiologie et imagerie medicale

Semaine 39 | 20 au 26 septembre 2026

Dr Sergey Morozov | drsergeymorozov.com

Compile a partir de sources publiquement disponibles (publications scientifiques indexees, communiqués officiels, bases de données réglementaires).
Ne constitue pas un avis médical, réglementaire ou financier.

8

Articles évalués par les pairs

4

Annonces secteur / FDA

3

Points médiatiques

4

Leaders d'opinion

ENSEIGNEMENT DE GOUVERNANCE DE LA SEMAINE

Cette semaine trace avec une netteté inhabituelle la ligne entre évidence d'exactitude et évidence de déploiement. Un modèle de dépistage publié dans Nature Medicine arrive avec une validation dans 12 centres sur 80 612 patients, une calibration en conditions réelles et une cohorte prospective, tandis que les méta-analyses et benchmarks de la semaine, triage LVO sur scanner sans injection, détection des microhémorragies cérébrales, support décisionnel LLM, s'arrêtent tous à l'exactitude retrospective, et le disent. L'action pour un responsable de radiologie: ajoutez une ligne à chaque proposition IA examinée par votre comité, classant son évidence comme basée sur l'exactitude ou basée sur le flux de travail, et refusez d'approuver un rôle non supervisé ou modifiant le flux de travail sur une évidence limitée à l'exactitude. Un rôle borne avec humain dans la boucle et un plan de surveillance prospective est le bon plafond tant que l'évidence de flux de travail n'existe pas.

SECTION 0

RESUME EXECUTIF

Tendances clés, semaine du 20 au 26 septembre 2026

[EVIDENCE] A QUOI RESSEMBLE UNE VALIDATION DE NIVEAU DEPLOIEMENT

Zhou J et al. (Nature Medicine) valident EAGLE, détecteur de cancer de l'oesophage sur scanner thoracique simple, dans 12 centres et sur 80 612 patients: test externe, scanner faible dose, une cohorte de calibration en conditions réelles de 35 402 examens qui a réduit les faux positifs de 72,7%, et une cohorte prospective atteignant une VPP de 42,2%. La trajectoire par étapes, pas la sensibilité en titre, est la leçon.

[SURVEILLANCE] L'IA LIT MIEUX LE NCCT, MAIS SEULEMENT SUR LE PAPIER

Zhou H et al. (JMIR) poolent 10 études retrospectives: l'IA sur scanner sans injection est de 16 à 18 points plus sensible que les lecteurs humains pour l'occlusion de gros vaisseaux, avec une certitude GRADE faible et aucune évidence en flux de travail. Les auteurs bornent le rôle défendable à une invite d'escalade avec humain dans la boucle, pas au triage autonome.

[VALIDATION] LA COMPLEXITE EST LE POINT DE RUPTURE DE LA SECURITE DES LLM

Eroglu OO et al. (JMIR) benchmarkent trois LLM sur la gestion ASCCP des frottis anormaux avec des scénarios surechantillonnés en complexité: les taux d'erreur grimpent de 3,1% sur les cas simples à 29% sur les cas complexes, et le paquet de prompt déplace la sécurité autant que le choix du modèle. Des tests d'acceptation limités aux cas de routine passeraient totalement à côté.

[QUALITE] L'AQ DES COMPTES RENDUS EN OPEN SOURCE ATTEINT LA PARITE COMMERCIALE

Li J et al. (European Radiology Experimental) montrent qu'un cadre radiologique de chaîne de pensée en six étapes améliore sept LLM sur 1 200 comptes rendus d'un registre AQ (F1 moyen de 0,77 à 0,85); Llama-3.3-70B avec RadCoT égale GPT-4o standard, rendant réaliste une AQ de comptes rendus sur site et respectueuse de la confidentialité.

[POINT DE VIGILANCE] L'EVIDENCE D'EXACTITUDE DISTANCE L'EVIDENCE DE FLUX DE TRAVAIL

Chaque resultat comparatif de la semaine, triage LVO, detection des microhemorragies, support decisionnel LLM, s'arrete a une exactitude mesuree retrospectivement. Le seul travail qui va plus loin, EAGLE, a eu besoin de 12 centres, d'une calibration en conditions reelles et d'une cohorte prospective. Lisez chaque revendication de fournisseur de la semaine a l'aune de cet ecart: qu'a-t-on mesure, et dans le flux de travail de qui.

SECTION 1

ARTICLES EVALUES PAR LES PAIRS

Source : PubMed | Indexation verifiee | Aucun preprint | 20 au 26 septembre 2026

Large-scale esophageal cancer screening through noncontrast computed tomography and artificial intelligence.

Zhou J, et al. | *Nature medicine* | 2026-09-22

Avant de considerer les promesses du depistage opportuniste comme de simples ambitions, etudiez ce cas de reference: EAGLE detecte le cancer de l'oesophage et les lesions precancereuses sur un scanner thoracique sans injection, une tache longtemps consideree comme impossible, et a ete validee comme doit l'etre un outil de depistage. Entraîne sur 6 813 patients de deux centres, il a ensuite ete teste dans 12 centres de trois pays sur 80 612 patients, couvrant la reutilisation opportuniste de scanners existants, le scanner faible dose du depistage pulmonaire, une cohorte de calibration en conditions reelles et une cohorte hospitaliere prospective.

Indicateurs clés: Test externe multicentrique (8 centres, n = 11 466): specificite 98,5%, sensibilite 90,0% pour le cancer et 52,5% pour les lesions precancereuses. Validation LDCT (2 centres, n = 1 607) comparable. Calibration en conditions reelles (3 centres, n = 35 402): faux positifs reduits de 72,7% avec sensibilite preservee. Validation hospitaliere prospective (n = 17 446): VPP 42,2%. Depistage faible dose en conditions reelles (n = 10 959): specificite 99,94%. Cohortes appariees CT-endoscopie (n = 702): sensibilite 65,0% pour les lesions precancereuses et 78,4% pour le cancer de stade I a un point de fonctionnement a sensibilite accrue. Enregistrement: ChiCTR2300074806.

Pertinence clinique: Cliniquement, ce travail transforme le scanner thoracique qui circule deja dans chaque programme de depistage pulmonaire en une opportunité de depistage oesophagien, avec orientation endoscopique pour la minorite a haut risque. L'evidence par etapes, du test externe a la calibration en conditions reelles puis a la VPP prospective, montre a quoi ressemble une trajectoire de validation de niveau deploiement en IA d'imagerie.

PMID 42773211 DOI 10.1038/s41591-026-04656-4

MRI-based fetal gestational age estimation using a structure-aware self-supervised network.

Gan H, et al. | *European radiology* | 2026-09-21

Quand la datation par les dernieres regles et l'echographie du premier trimestre est indisponible ou peu fiable en milieu ou fin de grossesse, l'IRM cerebrale foetale peut offrir un recours quantitatif: ce reseau auto-supervise sensible aux structures estime l'age gestationnel a partir d'images T2 coronales de routine a environ 0,8 semaine pres.

Indicateurs clés: 1 630 images IRM cerebrales foetales de 207 grossesses uniques (AG de 22 a 38 semaines), monocentrique, retrospectif, partition 80/20 au niveau patient. MAE en test 0,793 semaine (IC 95% 0,574 a 0,860); R2 0,934 (IC 95% 0,918 a 0,967); p < 0,001 pour l'association lineaire avec l'AG de reference.

Pertinence clinique: Le standard de reference lui-meme (dernieres regles plus echographie du premier trimestre) est imparfait precisement dans les cas ou l'outil serait utilise, et l'etude est monocentrique sans jeu de test externe. Les auteurs sont explicites: une validation prospective multicentrique est requise avant tout deploiement clinique; d'ici la, il s'agit d'un complement prometteur a la datation conventionnelle dans des cas selectionnes, pas d'un remplacement.

PMID 42768216 DOI 10.1007/s00330-026-12845-5

Biphasic CT clustering-based habitat radiomics predicts WHO/ISUP nuclear grade in clear cell renal cell carcinoma.

Luo S, et al. | *Abdominal radiology (New York)* | 2026-09-22

Pour la gradation non invasive WHO/ISUP du carcinome renal a cellules claires, cette etude pose une question plus fine que la plupart des travaux de radiomique: quelle partie de la tumeur porte le signal. Le clustering en habitats du scanner biphasique a divise les tumeurs en cinq sous-regions, et la zone de transition viable-necrose egale a elle seule les modeles tumeur entiere.

Indicateurs cles: 473 patients ccRCC (entrainement n = 337, test n = 136), retrospectif, segmentation nnU-Net, habitats k-means sur les attenuations corticomedullaire et excretoire et leur difference. Random forest de la zone de transition (sous-region 4): AUC 0,773 contre 0,819 tumeur entiere en phase corticomedullaire (DeLong p = 0,152) et 0,810 contre 0,827 en phase excretoire (p = 0,593); modele du coeur necrotique AUC 0,771 contre 0,802 en phase excretoire (p = 0,219); la combinaison des sous-regions 1+4 etait la meilleure des modeles multi-sous-regions.

Pertinence clinique: La cartographie spatiale est la contribution: le signal de gradation se concentre a l'interface viable-necrose, ce qui est biologiquement plausible et donne au modele un ancrage anatomique visualisable plutot qu'un vecteur de caracteristiques opaque. L'evidence reste retrospective et monocohorte; les auteurs appellent a une validation prospective multicentrique avec correlation histopathologique avant usage clinique.

PMID 42771041 DOI 10.1007/s00261-026-05793-7

Foundation Models in Ophthalmic Artificial Intelligence: Current Status and Future Directions.

Ren L, et al. | *IEEE journal of biomedical and health informatics* | 2026-09-22

Pour une vue structuree de l'etat reel des modeles de fondation en imagerie ophtalmique, cette revue organise le champ en modeles de fondation vision, modeles vision-langage et systemes agentiques bases sur des LLM, cartographie les jeux de donnees multimodaux publics (OCT, retinographie couleur, lampe a fente) et nomme clairement les obstacles a la translation clinique.

Indicateurs cles: Revue narrative; le resume ne rapporte aucun chiffre de performance quantitatif. Le champ couvre les modalites structurelles, vasculaires et du segment anterieur, l'inventaire des jeux de donnees publics, les strategies de pre-entrainement et de representation intermodale.

Pertinence clinique: La liste des obstacles est la partie utile pour tout domaine d'imagerie, pas seulement l'ophtalmologie: desequilibre des donnees entre modalites, alignement semantique image-texte imparfait, robustesse et generalisabilite limitees, hallucinations des agents generatifs, et integration au flux de travail. Les remedes proposes par les auteurs, ressources de donnees multimodales standardisees et validation multicentrique rigoureuse, decrivent l'ecart entre performance de benchmark et maturite clinique.

PMID 42771632 DOI 10.1109/JBHI.2026.3736832

AI Decision Support for Emergency Triage of Large Vessel Occlusion Using Noncontrast Computed Tomography: Systematic Review and Bayesian Diagnostic Test Accuracy Network Meta-Analysis.

Zhou H, et al. | *Journal of medical Internet research* | 2026-09-24

Avant de positionner l'IA sur scanner sans injection comme couche de triage des occlusions de gros vaisseaux, fixez son role par ecrit: cette meta-analyse en reseau bayesienne trouve l'IA plus sensible que les lecteurs humains sur le NCCT, mais sur des donnees retrospectives limitees a l'exactitude, et les auteurs eux-memes bornent l'usage approprie a une invite d'escalade avec humain dans la boucle pour prioriser l'angioscanner, la teleconsultation neurovasculaire ou la discussion de transfert.

Indicateurs cles: 10 etudes de validation retrospectives, 11 jeux de donnees, 28 bras, 3 632 patients. IA imagerie unimodale: sensibilite 0,78 (ICr 95% 0,68 a 0,86), specificite 0,88 (0,81 a 0,94), DOR 30,89. Lecteurs experts: sensibilite 0,62 (0,48 a 0,75); lecteurs non experts 0,60 (0,45 a 0,75); specificite environ 0,86 pour les deux. Avantage de sensibilite de l'IA +0,16 sur les experts et +0,18 sur les non-experts, sans separation nette de specificite. IA multimodale: sensibilite 0,81, specificite 0,92, evidence indirecte seulement. Certitude GRADE: faible.

Pertinence clinique: L'evidence est limitee a l'exactitude et n'etablit rien sur l'efficacite en flux de travail, les delais de reperfusion ou les resultats cliniques, et la certitude est faible. Pour votre comite IA, cela change les tests d'acceptation: un outil LVO sur NCCT ne doit etre accepte que dans un role d'escalade borne avec un decideur humain designe en aval, ce qui est precisement le design de surveillance humaine de l'article 14, et toute revendication d'autonomie doit declencher une exigence d'evidence prospective en flux de travail.

PMID 42785737 DOI 10.2196/105068

RadCoT: a Radiological Chain-of-Thought framework for enhanced error detection in radiology reports.

Li J, et al. | *European radiology experimental* | 2026-09-22

Avant d'acheter une couche LLM commerciale pour l'assurance qualite des comptes rendus, testez ce que le prompting structure apporte a un modele open source sur votre propre base d'erreurs: RadCoT, un cadre de chaine de pensee radiologique en six etapes calque sur la relecture par sections, a ameliore les sept modeles testes et amene Llama-3.3-70B a parite avec GPT-4o en prompting standard.

Indicateurs clés: 1 170 erreurs validees par des cliniciens issues d'un registre AQ departemental (2021 a 2024) dans 900 comptes rendus, plus 300 comptes rendus temoins sans erreur; 1 200 comptes rendus equilibres entre radiographie, echographie, scanner et IRM; cinq types d'erreurs. F1 micro-moyen de 0,77 (ET 0,06) en prompting standard a 0,85 (ET 0,06) avec RadCoT ($p = 0,003$). GPT-4o avec RadCoT: F1 0,93. Llama-3.3-70B avec RadCoT: F1 0,89 contre GPT-4o standard 0,88 (p ajuste = 0,28). Erreurs d'interpretation: F1 de 0,57 a 0,75.

Pertinence clinique: Une couche d'assurance qualite sur site, respectueuse de la confidentialite, construite sur un modele open source devient un design defendable, ce qui compte partout ou le texte des comptes rendus ne peut pas quitter l'institution. Pour votre comite IA, cela change la surveillance et les tests d'acceptation: un jeu d'erreurs local valide par des cliniciens comme le registre de 1 170 erreurs de cette etude est le benchmark d'acceptation auquel tout outil d'AQ de comptes rendus doit etre confronte avant deploiement, et le cadre de prompting doit etre versionne comme partie du systeme valide au titre de l'article 15 exactitude et robustesse.

PMID 42771118 DOI 10.1186/s41747-026-00804-0

Safety-Oriented Benchmarking of Large Language Models in Risk-Based Management of Abnormal Cervical Screening Results: Scenario-Based Benchmark Study.

Eroglu OO, et al. | *Journal of medical Internet research* | 2026-09-22

Avant qu'un LLM ne touche aux decisions de prise en charge basee sur le risque, benchmarkez-le comme ce groupe l'a fait: surechantillonnez les scenarios complexes et dependants de l'historique, la ou les modeles echouent reellement. Sur trois LLM appliques a la gestion ASCCP des resultats de depistage cervical anormaux, la securite variait fortement selon le modele, la configuration de prompt et la complexite du cas.

Indicateurs clés: 60 scenarios synthetiques surechantillonnant les noeuds decisionnels complexes, 3 modeles, 2 bras de prompt, 3 repetitions, 1 080 observations, evaluation par specialistes en aveugle (κ pondere 0,839). Taux sans erreur majeure dangereuse avec le paquet de prompt guide par les recommandations: GPT-5.3 100% (IC 95% 94 a 100), Gemini 3 Flash 98,9%, DeepSeek V3.2 75%. Prompt guide: OR 3,76 pour la performance sans erreur dangereuse, OR 8,27 pour la concordance exacte (les deux $p < 0,001$). Taux d'erreur de 3,1% en faible complexite contre 29% en haute complexite; types dominants: sous-traitement, mauvaise interpretation du genotype, negligence de l'historique.

Pertinence clinique: Un modele impeccable sur les cas simples peut echouer 29% du temps sur les cas complexes, et le paquet de prompt a deplace la securite autant que le choix du modele. Pour votre comite IA, cela change les tests d'acceptation: benchmarkez tout support decisionnel LLM sur un jeu de scenarios stratifie par complexite construit a partir de vos propres cas limites de recommandations, et figez la configuration exacte de prompt comme element de configuration controle, tout changement de prompt redeclenchant la validation au titre de l'article 9 gestion des risques.

PMID 42772748 DOI 10.2196/98131

Accuracy of Deep Learning in Detecting Cerebral Microbleeds: Systematic Review and Meta-Analysis.

Feng Y, et al. | *Journal of medical Internet research* | 2026-09-21

Pour le comptage des microhemorragies cerebrales, tache exacte mais couteuse quand elle est manuelle, l'evidence poollee sur l'apprentissage profond est favorable mais mince: la detection au niveau lesionnel approche la performance experte, tandis que l'evidence au niveau patient repose sur cinq etudes IRM.

Indicateurs clés: Niveau patient (5 etudes): sensibilite 0,89 (IC 95% 0,76 a 0,96), specificite 0,86 (0,77 a 0,92), DOR 50 (12 a 212). Niveau lesionnel: sensibilite 0,96 (0,93 a 0,98), specificite 0,98 (0,94 a 0,99), DOR 1 061 (293 a 3 848). Sous-groupe extraction directe: sensibilite 0,98, specificite 0,98, DOR 1 738. PROSPERO CRD42024628447; recherche mise a jour en juillet 2026.

Pertinence clinique: L'ecart lesion-patient est la lecture cliniquement significative: les modeles trouvent bien les microhemorragies individuelles, mais la classification par patient, qui pilote les decisions d'anticoagulation et de therapie anti-amyloide, porte une incertitude plus large sur une base d'evidence restreinte. L'appel des auteurs a des etudes multicentriques est justifie avant que ces outils n'informent des decisions therapeutiques.

PMID 42767630 DOI 10.2196/95041

SECTION 2

SECTEUR ET REGLEMENTATION

*Sources : Registres officiels | Communiqués de presse | Bases FDA***[FDA] a2z Radiology AI obtient l'autorisation de 10 nouvelles cibles de triage sur CT abdomino-pelvien***a2z Radiology AI | 21 septembre 2026*

Autorise pour quoi: triage et notification (CADt) de 10 nouvelles cibles suspectes sur CT abdomino-pelvien avec ou sans injection chez l'adulte de 22 ans et plus, dont calcul ureteral obstructif, appendicite aigue, hematome retroperitoneal, hemoperitoine et lésions traumatiques splénique, hépatique et rénale, portant le portefeuille a 17 cibles sur deux dispositifs; le logiciel signale les cas suspects positifs pour prioriser la relecture, le radiologue lisant toujours l'examen complet. Il porte aussi la designation FDA Breakthrough Device. Evidence: annonce d'entreprise; aucune publication de performance revue par les pairs n'est citée pour les nouvelles cibles. Questions au fournisseur: sensibilité et spécificité par cible avec la composition des jeux de test; comment les 10 nouvelles cibles ont été validées et sur quels parcs de scanners; volume d'alertes attendu pour 1 000 examens dans un case-mix comme le votre; ce que le système journalise et si l'export est possible sans le fournisseur. Indépendamment de l'autorisation, un outil CADt exige un suivi local de la charge d'alertes et des schémas d'erreurs par contexte de soins dès le premier jour, et une autorisation de triage n'est pas une revendication de détection.

Source: [Business Wire](#)**[MARKET] Merge lance MergelQ, une couche IA intégrée à sa plateforme d'imagerie d'entreprise***Merge (Merative) | 22 septembre 2026*

Ce que c'est: une couche d'infrastructure IA intégrée à la plateforme d'imagerie d'entreprise de Merge, lancée avec deux applications de flux de travail, RelevancyIQ (classe les comptes rendus antérieurs par pertinence pour l'examen en cours) et NavilQ (extrait des constats spécifiques des comptes rendus historiques), fonctionnant dans Merge Workflow Orchestrator; l'argument est l'IA sans installations autonomes. Evidence: matériel de lancement du fournisseur uniquement; aucune donnée de performance publiée. Ce sont des outils de flux de travail, pas des dispositifs diagnostiques, donc la barre réglementaire est plus basse mais les questions de gouvernance demeurent: comment le classement de pertinence a été valide et ce qu'une mauvaise sélection d'antérieur produit en aval; si les erreurs d'extraction sont journalisées et auditable; comment les modèles de fondation intégrés sont versionnés et mis à jour; ce que devient votre gouvernance des données quand des modèles tiers tournent dans l'archive. A surveiller: les mises à jour silencieuses de modèles dans les couches de plateforme sont exactement la classe de changements que votre inventaire IA rate le plus souvent.

Source: [Axis Imaging News](#)**[MARKET] NVIDIA publie NV-Reason-CT, un modèle vision-langage ouvert pour le raisonnement sur CT 3D***NVIDIA | 23 septembre 2026*

Ce que c'est: un modèle vision-langage à poids ouverts pour le CT volumique thoracique et abdominal qui génère des projets de comptes rendus structurés avec un raisonnement explicite en chaîne de pensée et supporte le dialogue multi-tours, publié pour les développeurs et non pour l'usage clinique; il prolonge NV-Reason-CXR, dont l'étude multi-lecteurs est acceptée au RSNA 2026. Evidence: blog technique du fournisseur; aucun statut réglementaire, et toute revendication clinique exigerait qu'un développeur en aval obtienne une autorisation sur sa propre evidence. Pourquoi un service doit s'y intéresser quand même: les modèles ouverts de raisonnement CT abaissent la barrière pour les fournisseurs et groupes académiques construisant des outils de rédaction de comptes rendus, donc les achats verront de plus en plus de produits emballant de tels modèles. Questions à poser à tout fournisseur qui s'appuie dessus: ce qui a été modifié par rapport au modèle de base ouvert, sur quelles données le fine-tuning a été fait, et lesquelles des revendications ont été validées sur le produit plutôt qu'héritées des publications du modèle de base.

Source: [Blog développeurs NVIDIA](#)

[PARTNERSHIP] Leica Biosystems ajoute les applications IA Paige de Tempus a l'Aperio AI Store*Leica Biosystems / Tempus | 24 septembre 2026*

Ce que c'est: deux produits de pathologie computationnelle Paige de Tempus, PanCancer Detect (signale les zones suspectes dans plus de 40 types de cancers, construit sur un modele de fondation en pathologie) et la suite Paige Prostate, ajoute a l'Aperio AI Store de Leica dans le systeme de gestion d'images HALO AP. Evidence et statut: les deux produits sont explicitement research use only dans ce canal, non destines aux procedures diagnostiques; HALO AP lui-meme est marque CE-IVDR dans l'UE mais RUO aux Etats-Unis. L'etiquette est le point de gouvernance: un outil RUO dans une plateforme proche du clinique est une frontiere a surveiller. Questions avant adoption: qu'est-ce qui maintient les sorties RUO hors des chemins de decision clinique; qui audite l'usage reel; et qu'est-ce qui change contractuellement et reglementairement si une version diagnostique arrive plus tard sous la meme interface.

Source: [Annonce Leica Biosystems](#)

SECTION 3

SIGNAL DE SURVEILLANCE APRES COMMERCIALISATION*Derive | Rappels et MAUDE | Surveillance en conditions reelles | Article 72 du reglement europeen sur l'IA***CADeNCE: le plus grand test en conditions reelles d'une IA d'imagerie deployee a ce jour***21 septembre 2026*

Cosmo a annonce les resultats de l'etude CADeNCE (Dominitz et al., Gastroenterology): une evaluation d'amelioration de la qualite randomisee en grappes du systeme CADe de coloscopie GI Genius sur plus de 334 000 procedures par 816 endoscopistes dans 139 etablissements de la Veterans Health Administration americaine, 42 sites avec CADe contre 97 temoins, en conditions cliniques de routine. La disponibilite du CADe etait associee a 22% de chances supplementaires de detecter un adenome (OR ajuste 1,22, IC 95% 1,15 a 1,28; taux de detection d'adenomes de 50,7 a 54,9%), avec un benefice a tous les niveaux de detection de base et d'experience. Voici a quoi doit ressembler l'evidence post-commercialisation: un design randomise en conditions reelles a l'echelle nationale, mene sur le systeme deploye plutot que sur un jeu de test choisi, repondant a la question de savoir si les effets d'essai survivent a la pratique courante. Detail notable pour les plans de surveillance: l'etude a ete menee sur une generation logicielle anterieure a la version actuellement commercialisee, rappel qu'une evidence post-commercialisation s'attache a une version, pas a un nom de produit.

Lien: <https://healthtechnologynet.com/2026/09/21/largest-real-world-study-of-the-gi-ge...>**Commentaire de pratique: le retrait des modeles est la phase post-commercialisation que personne ne planifie***25 septembre 2026*

Une lettre de pratique en soins critiques a rassemble la litterature emergente sur le decommissionnement des IA cliniques deployees, dont le cadre de retrait (off-boarding) du JACR issu de la radiologie, une revue de perimetre concluant que la surveillance post-deploiement est universellement recommandee mais operationnellement immature, et une analyse du NEJM AI sur le piege de mesure ou un modele qui change les resultats corrompt les statistiques servant a le surveiller. Etiquete ici comme commentaire plutot que comme evenement post-commercialisation d'imagerie: les points transferables aux programmes d'IA en radiologie sont d'exiger un plan ecrit de sortie et de transition avant toute mise en service, de suivre nommement les dates de fin de support des fournisseurs, et de traiter les mises a jour silencieuses de version comme le plus frequent et le moins visible des trois modes de sortie.

Lien: <https://iccn.substack.com/p/every-model-your-unit-uses-will-be>

SECTION 4

FICHE PRATIQUE

*Une mesure concrete pour votre comite IA ce mois-ci***Reglement europeen sur l'IA, article 12 (enregistrement) et article 19 (journaux generes automatiquement)**

Mesure: A l'achat, demandez par ecrit au fournisseur ce que le systeme journalise, pour combien de temps, dans quel format, et si vous pouvez exporter les journaux sans son intervention. Si la reponse est un tableau de bord, la reponse est non. Ajoutez la clause d'export des journaux au contrat avant signature, pas apres la mise en service.

Pourquoi: Chaque obligation post-commercialisation en aval suppose que vous pouvez reconstruire ce que le modele a vu et dit a une date donnee. Rattraper la journalisation apres deploiement est une renegociation de contrat, pas un changement de configuration.

Exemple concret: Zhou J et al. montrent ce que rapportent des sorties conservees au niveau du cas: la calibration en conditions reelles d'EAGLE sur 35 402 examens a reduit les faux positifs de 72,7% en preservant la sensibilite, un ajustement possible uniquement parce que les sorties de trois centres pouvaient etre reanalysees apres coup. Exigez la meme capacite de reconstruction de tout outil que vous deployez. Nature Medicine, PMID 42773211, DOI 10.1038/s41591-026-04656-4.

SECTION 5

POINTS MEDIATIQUES

*AuntMinnie | Radiology Business | The Imaging Wire | Diagnostic Imaging | ITN***La presse grand public reprend l'etude Northwell en mode fantome sur les anevrismes***Medical News Today | 25 septembre 2026*

Medical News Today a publie un explicatif grand public sur l'etude JACR presentee dans notre numero de la semaine derniere: le detecteur d'anevrismes autorise par la FDA qui a trouve 55 anevrismes manques par les radiologues sur 3 856 angioscanners, avec un benefice concentre en hospitalisation et aux urgences. La couverture reste remarquablement fidele aux reserves de l'etude, citant que des recherches supplementaires doivent montrer si la detection accrue ameliore les resultats cliniques. Quand une etude de deploiement stratifiee par contexte passe dans les medias de sante grand public, attendez-vous a ce que patients et prescripteurs arrivent avec des questions sur l'usage de l'IA pour la detection d'anevrismes dans votre etablissement.

Lien: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/ai-complements-radiologists-improve-br...>

Analyse juridique: ce que change au 1er octobre le premier NTAP pour l'IA d'imagerie*Mondaq (analyse de cabinet d'avocats) | 24 septembre 2026*

Une analyse de droit de la sante detaille le tout premier New Technology Add-On Payment de CMS pour un outil diagnostique IA, le CARE Body CT Multi-Triage d'Aidoc (approuve le 13 aout, paiements hospitaliers supplementaires a partir du 1er octobre 2026 pour trois ans). Le cadrage des auteurs compte pour les acheteurs: le NTAP reduit le risque financier de l'adoption precoce mais il est limite dans le temps, donc un achat justifie par le paiement additionnel exige un plan pour l'economie apres son expiration. Le remboursement devient un moteur actif des decisions d'achat d'IA d'imagerie, ce qui eleve plutot qu'abaisse l'exigence de validation locale: un deploiement subventionne reste votre deploiement.

Lien: <https://www.mondaq.com/unitedstates/healthcare/1846642/cms-greenlights-enhanced-...>

Les societes de radiologie contestent le Medicare Physician Fee Schedule 2027*Radiology Business | 24 septembre 2026*

Radiology Business resume les lettres de commentaires de l'ACR, la SIR, l'ASNR et l'ASTRO sur le MPFS 2027 propose: opposition a l'ajustement d'efficience uniforme de 2,5% sur les procedures non basees sur le temps, inquietudes sur les changements de frais de pratique et de site de service, coupes du modificateur 25, et transition forcee de MIPS vers les MVP. L'argument central de l'ACR est directement pertinent pour l'economie de l'IA: les avancees technologiques en imagerie ne se traduisent pas necessairement en gains d'efficience, donc une politique de paiement qui presume des gains de productivite lies a l'IA avant l'evidence comprime les memes services auxquels on demande de financer la gouvernance de l'IA.

Lien: <https://radiologybusiness.com/topics/healthcare-management/healthcare-policy/rad...>

SECTION 6

SOCIETES SAVANTES

SIIM | ACR | RCR | Publications et couverture officielles

Le RCR répond aux recommandations de la National AI Commission britannique

22 septembre 2026

Le Royal College of Radiologists a publié sa lecture des recommandations du 10 septembre de la National AI Commission sur l'avenir de la régulation de l'IA en santé, notant que radiologie et oncologie menent le déploiement de l'IA dans le NHS et que le Collège travaille à des propositions pour un système national de surveillance post-déploiement, dans le prolongement de ses guides existants de déploiement et de surveillance. Le gouvernement n'a pas encore répondu à la Commission; le RCR se positionne pour orienter la mise en œuvre, y compris une série nationale de cours sur l'IA commandée par NHS England.

Source: <https://www.rcr.ac.uk/news-policy/latest-updates/national-ai-commission-recommendations-what-they-mean-for-clinical-radiology-and-clinical-oncology/>

La RSNA étend RadLex à la standardisation du nommage des séries d'imagerie

23 septembre 2026

La RSNA a annoncé une initiative RadLex pour développer des conventions standardisées de nommage des séries d'imagerie, visant la variabilité entre fournisseurs et institutions qui casse les protocoles d'affichage et complique la sélection automatique des séries pour les pipelines d'IA. Elle s'appuie sur le RadLex Playbook et l'harmonisation avec LOINC. Ingrat mais fondamental: l'incohérence des métadonnées au niveau des séries est un mode de défaillance silencieux courant des IA d'imagerie déployées, et un standard partage de nommage est de la gouvernance des données en amont au sens de l'article 10.

Source: <https://www.rsna.org/news/2026/september/radlex-efforts-targets-imaging-data-variability>

L'ACR et des sociétés partenaires demandent un code CPT pour un score IA de risque de malignité mammaire

24 septembre 2026

Au panel éditorial CPT de l'AMA de septembre, l'ACR, la RSNA, l'ARRS, l'AAR, la SIR et l'ASNR ont conjointement demandé de nouveaux codes, dont un code de catégorie III pour un score de risque de malignité mammaire à cinq ans dérivé par IA à partir de la mammographie de dépistage. S'ils sont approuvés, les codes de catégorie III prendront effet le 1er janvier 2027. Un code dédié est le premier pas vers le remboursement de la stratification du risque par IA, et son existence orientera les produits d'IA mammaire que les fournisseurs présenteront.

Source: <https://www.acr.org/News-and-Publications/2026/acr-seeks-new-cpt-codes>

Groupe consultatif des patients de l'ESR: l'imagerie au cœur du plan européen Safe Hearts

23 septembre 2026

Le Patient Advisory Group de l'ESR a publié une déclaration saluant le plan Safe Hearts de l'UE pour la santé cardiovasculaire et listant des priorités pour sa mise en œuvre: accès équitable à l'imagerie cardiovasculaire, prévention et détection précoce y compris l'identification presymptomatique chez les personnes à risque, intégration de l'imagerie dans les parcours de soins, et investissement dans l'innovation et les capacités. L'imagerie cardiovasculaire, y compris le scanner assisté par IA, est positionnée comme pierre angulaire d'un agenda européen de prévention.

Source: <https://www.myesr.org/radiology-saves-lives-esr-pag-statement/>

SECTION 7

LEADERS D'OPINION

*LinkedIn | Déclarations publiques | Semaine du 20 au 26 septembre 2026***Nina Kottler***Chief Medical AI Officer, Mosaic Clinical Technologies*

A publie le 21 septembre une longue réflexion sur la construction d'un avenir où l'IA améliore les soins tout en renforçant le rôle clinique humain, organisée autour de trois thèses: l'IA responsable exige une gouvernance du cycle de vie (la validation au déploiement ne suffit pas; il faut une surveillance continue de la performance de l'IA et de l'interaction humain-IA, une revue clinique des signaux de sécurité significatifs et des chemins clairs de la surveillance à l'action); la gouvernance à l'échelle exige des ressources, donc les modèles de paiement doivent financer l'infrastructure de surveillance et l'expertise médicale plutôt que le seul produit IA; et l'IA ne peut étendre le rôle de la radiologie via les biomarqueurs d'imagerie que si la spécialité règle d'abord ses contraintes de capacité puis s'approprie la validation et le sens clinique.

Source: [LinkedIn](#)**Curt Langlotz***Professeur de radiologie, médecine et science des données biomédicales, Stanford; Stanford AIMI*

A relaye (23 septembre) l'annonce de Zongwei Zhou: son équipe de Johns Hopkins reçoit un R01 du NIH de 2,4 millions de dollars sur quatre ans pour développer une IA détectant trois types de cancers abdominaux sur scanner, dans le prolongement de travaux où leur modèle identifiait des signes de cancer du pancréas sur CT en médiane 11 mois avant le diagnostic, parfois jusqu'à trois ans plus tôt. La détection précoce par IA sur scanner de routine se consolide en programme de recherche financé, le même territoire que l'article de dépistage œsophagien de Nature Medicine cette semaine.

Source: [LinkedIn](#)**Woojin Kim***Chief Strategy Officer et CMIO, HOPPR; CMO, ACR Data Science Institute; radiologue MSK*

A publie le 22 septembre en amont de sa conférence invitée du 23 septembre à la Warren Alpert Medical School de Brown University, dans la série Alumni Connections: Navigating the New Frontier: Generative and Agentic AI in Medical Imaging. L'IA générative et agentique en imagerie est désormais un programme d'enseignement établi pour les publics médicaux, porté par des personnes situées à l'interface fournisseurs-sociétés savantes.

Source: [LinkedIn](#)**Amine Korchi***Neuroradiologue, Geneve; innovation et ventures HealthTech*

A publie le 22 septembre sur l'invisibilité de la charge de travail en radiologie: la pression du médecin urgentiste est visible dans la salle d'attente, tandis que celle du radiologue est une liste de travail de 50 à 100 lignes sur un écran, chaque ligne étant un patient en attente, lue sous interruptions constantes. Sa question, la perception de la charge du radiologue changerait-elle si ces patients faisaient physiquement la queue devant la salle de lecture, renvoie à la tension de capacité qui alimente à la fois l'adoption de l'IA et le débat sur l'épuisement professionnel.

Source: [LinkedIn](#)**NOTE D'ASSURANCE QUALITE**

Compile par le Dr Sergey Morozov à partir de sources publiquement disponibles : articles évalués par les pairs indexés dans PubMed (PMID et DOI vérifiés, aucun préprint ni arXiv), communiqués officiels, bases réglementaires et médias spécialisés. Ne constitue pas un avis médical, réglementaire ou financier. Tous les articles ont des dates vérifiées dans la fenêtre du 20 au 26 septembre 2026. La sélection est déterministe (requête PubMed fixe, liste de revues Q1/phares, exclusion des revues pures [meta-analyses conservées], de la radiomique seule et de la radiologie interventionnelle, puis un score de classement transparent). Les annonces secteur proviennent de communiqués officiels ; les items KOL de l'activité publique LinkedIn dans la fenêtre.