

VEILLE INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Radiologie et imagerie medicale

Semaine 40 | 27 au 3 octobre 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

5

Annonces secteur / FDA

3

Points médiatiques

3

Leaders d'opinion

ENSEIGNEMENT DE GOUVERNANCE DE LA SEMAINE

Cessez d'évaluer les outils d'IA sur la performance moyenne et commencez à les évaluer la ou la moyenne se brise: cette semaine fournit les instruments pour le faire. Ajoutez deux lignes à votre grille de pré-déploiement, la performance par sous-groupe (avec toute preuve manquante consignée comme risque, pas comme note de bas de page) et la latence de bout en bout par rapport à la fenêtre de validation du compte rendu, modalité par modalité. Les portes de l'exclusion raffinée du JMIR et la checklist NHS en 8 domaines donnent la structure; l'étude de latence sur 20 centres et les données d'accord de l'IA mammaire montrent exactement ce que ces lignes attraperont.

SECTION 0

RESUME EXECUTIF

Tendances clés, semaine du 27 au 3 octobre 2026

[GOUVERNANCE] L'OUTILLAGE DE LA GOUVERNANCE LOCALE DE L'IA MURIT

Deux publications donnent cette semaine aux comités des instruments concrets: un point de vue du JMIR définit l'exclusion raffinée et propose des portes de décision sur le cycle de vie avec un vocabulaire à quatre actions (poursuivre, enrichir, restreindre, retirer), et un trust du NHS publie une checklist pré-implémentation en 8 domaines issue de ses propres déploiements d'IA fracture et IRM prostate. Les deux transforment la gouvernance de prose en étapes auditable.

[PREUVES] A QUOI RESSEMBLE UNE VALIDATION CREDIBLE D'IA ECHOGRAPHIQUE

Zhu Y et al. (Radiology: AI) valident un modèle vidéo échographique bimodal pour les adenopathies superficielles dans cinq centres avec un jeu vidéo externe prospectif: AUC de 0,91 à 0,95, AUC par sous-groupes de 0,85 à 0,93, et AUC des lecteurs juniors passant de 0,72 à 0,88 avec assistance. Enregistre, externe, prospectif: la barre à laquelle tenir les fournisseurs.

[IMPLEMENTATION] LE GOULOT, C'EST L'INFRASTRUCTURE, PAS LES ALGORITHMES

Une étude observationnelle de 4,5 ans, 20 centres et 96 874 examens montre que 72% de la latence IA vient du routage des données, et que le résultat d'IA arrive après la validation du compte rendu dans 7,2% des cas (13,2% pour le CT thoracique). Les gains de délai se concentrent dans les modalités à haut volume; le sentiment baisse la ou la latence mord. Mesurez la latence de bout en bout par modalité avant et après tout déploiement.

[SUPERVISION] DES SCORES IA CO-RAPPORTES NE SONT PAS UN SEUL TEST

Dans une cohorte mammaire adressée pour biopsie, les scores tomosynthèse et synthétique 2D d'une même plateforme montraient des AUC similaires mais un accord seulement modéré (kappa 0,53), signalant des cancers différents. Validez et seuillez chaque sortie séparément, et ne classez jamais une lésion suspecte sur un seul score IA bas.

[VIGILANCE] LA PERFORMANCE MOYENNE MASQUE L'ECHEC LOCAL

Le fil de la semaine va de la theorie a la plomberie: un cadre de gouvernance pour la securite concentree dans des sous-groupes non mesures, une checklist nee de lacunes reelles de deploiement, une etude de latence montrant ou les resultats d'IA manquent la fenetre du compte rendu, et une cohorte mammaire ou deux scores d'une meme plateforme divergent sur les cancers a signaler. La precision agreee est la mauvaise unite de decision; votre population, vos scanners et vos tuyaux sont la bonne.

SECTION 1

ARTICLES EVALUES PAR LES PAIRS

Source : PubMed | Indexation verifiee | Aucun preprint | 27 au 3 octobre 2026

Reducing Clinician Annotation Fatigue in Open-Set Federated Learning: A Client-Adaptive Vision-Language Gatekeeper.

Nesturi A, et al. | *Journal of the American College of Radiology* | 2026-10-01

Avant d'engager des heures de radiologue dans des cycles d'annotation d'un projet d'apprentissage federe, placez un filtre qualite sur la file d'annotation elle-meme. Cette etude du JACR ajoute un gardien vision-langage adaptatif par site (PromptGate) qui ecarte les mammographies contenant des artefacts radio-opaques impropres a une tache d'etiquetage de densite mammaire, teste sur FedEMBED (222 700 images d'entrainement et 65 891 de test sur quatre scanners, prevalence d'artefacts de 4,8% a 13,1%) avec une cohorte de lecture de 500 incidences, randomisee et en aveugle.

Indicateurs clés: 101 des 154 images avec artefacts et 54 des 346 images pertinentes ecartees: sensibilite aux artefacts 65,6%, retention des images pertinentes 84,4%, taux de retrait errone 15,6%. Temps d'annotation brut reduit d'environ 30% dans la cohorte enrichie (3,82 a 2,68 heures); en ne creditant que les artefacts correctement retires, 20,0%. AUC de discrimination des artefacts 0,85. Purete de la file 92,5% contre 88,5% sans filtrage et 87,0% avec un filtre statique; accord du lecteur avec la reference manuelle d'artefacts 93,6% (kappa 0,85), mais avec l'etiquette de densite du dossier clinique seulement 60,9% exact (kappa 0,48). Retrospectif, lecteur unique, preuve de concept.

Pertinence clinique: Le resultat secondaire frappant est le faible accord entre un lecteur experimente et les etiquettes de densite du dossier clinique (kappa 0,48): les etiquettes de reference dont apprend votre modele federe sont peut-etre le maillon faible. Pour votre comite IA, c'est un point de gouvernance des donnees au sens de l'article 10 du reglement europeen sur l'IA: tout projet consommant des annotations locales devrait documenter les regles de curation de la file et la fiabilite des etiquettes comme il documente la composition des cohortes, et la recette d'un pipeline d'entrainement devrait inclure un audit de la qualite des etiquettes, pas seulement des sorties du modele.

PMID 42822685 DOI 10.1016/j.jacr.2026.09.023

Deep Learning Analysis of Dual-Modality US Videos for the Characterization of Superficial Lymphadenopathy.

Zhu Y, et al. | *Radiology. Artificial intelligence* | 2026-09-30

Si vous cherchez un modele de validation pour l'IA video en echographie, lisez celle-ci. DMUVL-DiagNet integre les videos mode B et Doppler couleur avec des donnees cliniques de base pour separer les adenopathies superficielles benignes des malignes et distinguer lymphome et metastase, entraine sur 1 616 videos retrospectives et teste en externe sur un jeu prospectif de 454 videos et 1 956 images statiques dans cinq centres, avec protocole enregistre (ChiCTR2400090592) et etude de lecture assistee par IA.

Indicateurs clés: 4 026 patients au total (age median 52,6 ans). AUC de 0,91 a 0,95 pour benin contre malin et de 0,87 a 0,91 pour lymphome contre metastase sur tous les jeux de test; AUC par sous-groupes de 0,85 a 0,93. Le modele depasse la moyenne de chaque groupe d'experience des radiologues. Avec assistance IA, l'AUC des juniors passe de 0,72 a 0,88 (benin contre malin) et de 0,58 a 0,77 (lymphome contre metastase), tous $P < 0,001$.

Pertinence clinique: Retenu pour sa valeur clinique. Le tri des adenopathies superficielles est une tache quotidienne et operateur-dependante, et le gain principal n'est pas l'AUC autonome du modele mais l'amelioration des lecteurs juniors sur la question difficile lymphome contre metastase, qui determine qui va a la biopsie et qui part d'abord en cytometrie de flux. Le jeu video externe prospectif et la plage de sous-groupes publiee rendent les chiffres credibles.

PMID 42813999 DOI 10.1148/ryai.260131

AI Latency, Report Turnaround Time, and Adoption in a Multi-Vendor AI Ecosystem: A Multi-Site Observational Study.

Morozov S, et al. | *Journal of the American College of Radiology* | 2026-09-29

Avant de comparer un algorithme de plus, mesurez vos tuyaux. Cette étude observationnelle de 4,5 ans portant sur 10 outils d'IA de 7 fournisseurs dans un réseau ambulatoire de 20 centres a mesuré où les résultats d'IA arrivent trop tard pour compter, et l'effet sur les délais de compte rendu et le sentiment des radiologues, sur 96 874 examens.

Indicateurs clés: Latence médiane PACS à PACS de 2,06 minutes (IQR 1,74 à 3,05), dont 72% dus au routage des données et non à l'inférence. Le résultat d'IA est arrivé après la validation du compte rendu dans 7,2% des cas, de 3,0% pour l'IRM du genou à 13,2% pour le CT thoracique. Sur 20 909 examens, la disponibilité de l'IA était associée à un délai médian réduit pour la radiographie de traumatologie (-26%) et l'IRM du genou (-18%, $p < 0,001$); pas de changement pour la volumétrie cérébrale (+9,2%, $p = 0,33$). Adoption de 91,4% chez 58 radiologues; NPS en baisse pour le CT thoracique (+38 à -3) et le CT aortique (+22 à -25), nominalement significatif avant correction. Coût du programme d'environ 23% à 25% d'un ETP de radiologue, générant 0,69 ETP de capacité par la seule radiographie de traumatologie (0,46 après analyse de sensibilité).

Pertinence clinique: Le facteur limitant à l'échelle était la latence d'infrastructure, pas la qualité des algorithmes, et le taux de résultats trop tardifs variait d'un facteur quatre selon la modalité. Pour votre comité IA, cela change la recette et la surveillance: les tests d'acceptation doivent mesurer la latence de bout en bout par rapport à la fenêtre de validation du compte rendu, modalité par modalité, et le taux de résultats trop tardifs doit figurer au tableau de bord mensuel à côté de la concordance, en lien direct avec la surveillance post-commercialisation de l'article 72 du règlement européen sur l'IA.

PMID 42810607 DOI 10.1016/j.jacr.2026.09.026

Tomosynthesis and Synthesized-2D Breast AI Outputs in a Biopsy-Referred Cohort: A Diagnostic Study of Agreement and Incremental Decision-Support Value.

Şahin E, et al. | *Journal of imaging informatics in medicine* | 2026-09-29

Si votre plateforme d'IA mammaire rapporte à la fois un score tomosynthèse et un score sur image synthétique 2D, traitez-les comme deux tests différents, pas un seul. Sur 139 observations au niveau du sein chez des patientes adressées pour biopsie, avec l'histopathologie comme référence, les deux scores de malignité de la même plateforme déployée montraient une discrimination globale similaire mais divergeaient nettement au sein des mêmes seins.

Indicateurs clés: AUC 0,728 (score tomosynthèse) contre 0,717 (score synthétique), $p = 0,786$, mais accord seulement modéré ($\kappa = 0,53$): parmi les seins malins, 21 signales par le seul score tomosynthèse contre 6 par le seul score synthétique ($p = 0,006$). L'ajout de l'un ou l'autre score à un modèle clinico-radiologique améliore l'ajustement ($p < 0,001$) mais l'AUC ne passe que de 0,809 à 0,841 à 0,848. Sur 30 cancers négatifs selon le score tomosynthèse, 25 n'avaient aucun corrélat mammographique en relecture masquée. Monocentrique, rétrospectif, cohorte adressée pour biopsie.

Pertinence clinique: La règle opérationnelle des auteurs est à adopter dès maintenant: ne jamais utiliser un score IA bas isolément pour déclasser une lésion suspecte, et quand une plateforme émet plusieurs sorties, valider et seuiller chacune séparément. Pour votre comité IA, c'est un point de recette au sens de l'article 15 du règlement européen sur l'IA et une consigne de supervision humaine au sens de l'article 14: le protocole local doit dire laquelle des sorties co-rapportées est en usage clinique, à quel seuil, et ce que les lecteurs savent de l'autre.

PMID 42811225 DOI 10.1007/s10278-026-02255-w

Refined Exclusion in Medical AI: Data Justice and Patient Safety Governance.

Lee JH, et al. | *Journal of medical Internet research* | 2026-10-01

Avant votre prochaine decision d'achat ou de renouvellement, ne demandez pas si le modele est bon en moyenne mais pour qui sa securite n'est pas demontree. Ce point de vue du JMIR nomme ce mode d'echec 'exclusion raffinee': un systeme qui parait reussi en agregat pendant que l'incertitude, l'erreur ou la moindre fiabilite se concentrent dans des populations insuffisamment representees, mesurees, validees ou surveillees.

Indicateurs cles: Article de position: pas de resultats quantitatifs, par construction. Il distingue disparite au niveau du modele, signaux de securite des patients et dommages documentes, s'appuie sur des exemples en radiographie thoracique, dermatologie, pathologie computationnelle et modeles de fondation medicaux, et propose des portes de decision sur tout le cycle de vie, couvrant usage prevu, apprenabilite des sous-groupes, provenance des donnees, validation, achat, deploiement, surveillance, mises a jour et retour des patients, chaque porte liant un niveau de preuve minimal a l'une de quatre actions: poursuivre, enrichir ou valider, restreindre l'usage, suspendre ou retirer.

Pertinence clinique: La partie utilisable est la structure des portes: chacune nomme qui decide et quel est le niveau de preuve minimal, precisement ce qui manque a la plupart des politiques hospitalieres d'IA. Pour votre comite IA, cela change a la fois la validation et la surveillance: adoptez le vocabulaire des quatre actions (poursuivre, enrichir, restreindre, retirer) dans votre grille d'examen, et traitez l'absence de preuve par sous-groupe comme un risque suivi au sens de l'article 9 du reglement europeen sur l'IA et une lacune de gouvernance des donnees au sens de l'article 10, pas comme une note de bas de page.

PMID 42821994 DOI 10.2196/102359

Dual-discriminator Generative Adversarial Network (DD-GAN) for Virtual Elastography Ultrasound in Thyroid Cancer Diagnosis.

Lu W, et al. | *Academic radiology* | 2026-09-28

L'elastographie sans module d'elastographie: un reseau antagoniste generatif a double discriminateur genere des images d'elastographie virtuelle directement a partir de l'echographie thyroïdienne mode B conventionnelle, pour les contextes portables ou operateur-limites ou l'elastographie reelle est indisponible ou non reproductible.

Indicateurs cles: La performance diagnostique du ratio de deformation virtuel etait statistiquement indiscernable de l'elastographie reelle: AUC 0,744 contre 0,774 en interne ($p = 0,318$), 0,742 contre 0,759 en test externe ($p = 0,461$) et 0,751 contre 0,761 en validation prospective ($p = 0,772$). En lecture aveugle, les radiologues ne distinguaient pas les images virtuelles des reelles, et l'ajout du score de Tsukuba derive de l'elastographie virtuelle au TI-RADS ameliorait significativement l'AUC des lecteurs juniors comme seniors.

Pertinence clinique: Retenu pour sa valeur clinique. La lecture honnete est que l'elastographie elle-meme est un discriminateur modeste (AUC autour de 0,75) et que la version synthetique reproduit fidelement cette modestie, y compris en prospectif. La valeur est l'acces: TI-RADS plus un signal de rigidite sur du materiel sans mode elastographique, ce qui compte davantage pour le point de care et les contextes a ressources limitees que pour les services bien equipes.

PMID 42805865 DOI 10.1016/j.acra.2026.09.019

Evaluating the Long-Term Malignancy Risk Prediction Accuracy of Major Guidelines for Pancreatic Cystic Lesions Using Radiology Features.

Liu T, et al. | *Journal of the American College of Radiology* | 2026-09-28

Un rare test au long cours des recommandations elles-memes: a l'aide d'un grand modele de langage prealablement valide pour extraire les caracteristiques des lesions kystiques pancreatiques de 25 ans de comptes rendus, les auteurs ont classe 13 269 patients selon les recommandations ACR, Kyoto et europeennes et suivi la malignite a 5 ans.

Indicateurs cles: 209 des 13 269 patients (1,6%) ont developpe une malignite a 5 ans. Discrimination modeste pour les trois referentiels: AUROC 0,655 (Kyoto), 0,639 (ACR), 0,623 (europeen), $p < 0,001$ pour la comparaison. La classification a haut risque etait totalement concordante, mais l'attribution des criteres preoccupants variait de 308 a 507 patients pour une incidence de cancer a 5 ans similaire (10,3% a 11,7%). Apres 5 ans de stabilite en imagerie ($n = 1\,830$), l'incidence a 8 ans etait de 0,71% au total et de 0,46% chez les patients remplissant les criteres d'arret de Kyoto. Monocentrique, retrospectif.

Pertinence clinique: Retenu pour sa valeur clinique. Pour la surveillance, le chiffre actionnable est l'incidence de 0,46% a 8 ans apres cinq annees stables selon les criteres d'arret de Kyoto, qui soutient l'arret de la surveillance dans ce groupe; et les AUROC modestes rappellent que les caracteristiques d'imagerie seules ont un pouvoir predictif a long terme limite, quel que soit le referentiel qui les pondere.

PMID 42805547 DOI 10.1016/j.jacr.2026.09.019

Translating Real-World Safety and Implementation Gaps Into a Deployment-Derived AI Readiness Preimplementation Checklist for NHS Health Care Providers: Checklist Development Study.

Adesuyi A, et al. | *JMIR AI* | 2026-09-28

Avant votre prochaine mise en service, comparez votre dossier de pre-deploiement a celui-ci: un hopital general du NHS a distille son experience reelle de deploiement, un systeme de detection de fractures et un parcours IRM prostate assiste par IA, en une checklist de preparation pre-implementation (SID & ADE), puis l'a appliquee retrospectivement aux memes deploiements pour voir ce qu'elle aurait detecte.

Indicateurs clés: Checklist en 8 domaines: definition du cas d'usage; securite clinique et responsabilite; validation locale et performance; preparation des equipes et facteurs humains; integration operationnelle et technique; gouvernance de l'information et ethique; achat, responsabilite et risque financier; surveillance, evaluation et regles d'arret. Sources: une etude de discordance clinico-IA et des cycles PDSA. L'application retrospective a montre des lacunes recurrentes en preparation des equipes, validation locale et surveillance. Pas de donnees quantitatives de performance; validite de face et de contenu revendiquee uniquement pour l'etablissement d'origine.

Pertinence clinique: Une checklist issue du terrain bat une checklist de comite: les lacunes recurrentes qu'elle revele (preparation des equipes, validation locale, surveillance et regles d'arret) sont exactement les domaines que les cadres generiques laissent flous. Pour votre comite IA, c'est un instrument de recette: projetez ses 8 domaines sur votre validation pre-mise en service et notez ceux que votre processus ne couvre pas encore, en notant que regles d'arret et surveillance correspondent aux obligations des articles 14 et 72 du reglement europeen sur l'IA que vous devrez de toute facon documenter. La validation prospective independante restant a faire, traitez-la comme une aide a la deliberation, pas comme une norme certifiee.

PMID 42804536 DOI 10.2196/93900

SECTION 2

SECTEUR ET REGLEMENTATION

Sources : Registres officiels | Communiques de presse | Bases FDA

[FDA] BoneXpert de Visiana autorise pour le marche americain

Visiana | 30 septembre 2026

Autorise pour quoi: 510(k) (K262390) pour aider les radiopediatres a evaluer l'age osseux sur radiographies de la main chez les patients de 2 a 21 ans selon la methode de Greulich et Pyle; une aide, pas une lecture autonome. Sur quelles preuves: documentation d'exactitude multi-sites par des radiopediatres de cinq sites americains et travaux de consistance longitudinale; BoneXpert porte le marquage CE et est en usage clinique europeen depuis 2009, donc un long historique reel existe hors des Etats-Unis. Questions au fournisseur: exactitude par site et composition demographique de la cohorte americaine; performance aux extremes d'age (2 a 3 et 18 a 21 ans) et dans les dysplasies squelettiques; chiffres de reproductibilite test-retest, car la question clinique est souvent l'evolution de l'age osseux entre deux visites. Quelle que soit l'autorisation, instaurez un echantillon mensuel de concordance avec vos propres lecteurs avant de laisser le chiffre alimenter les parcours d'endocrinologie.

Source: [Communiquer Visiana](#)

[FDA] DeepHealth obtient l'autorisation d'un CADe thoracique sur modele de fondation

DeepHealth | 29 septembre 2026

Autorise pour quoi: 510(k) pour Chest XRay, un outil de detection assistee (CADe) qui detecte et localise des anomalies thoraciques suspectes sur radiographies du thorax; l'une des premieres autorisations americaines pour un CADe thoracique construit sur un modele de fondation. Sur quelles preuves: communique de l'entreprise; le modele sous-jacent tourne dans une version marquee CE qui analyserait plus de 2,8 millions d'exams par an en Europe (donnees internes de deploiement, pas une etude publiee). Questions au fournisseur: les donnees de l'etude de lecture pivot derriere l'autorisation americaine, la sensibilite par anomalie et le taux de faux positifs par image, les classes d'anomalies couvertes par la revendication autorisee, et ce qu'il advient de la revendication quand le modele de fondation est mis a jour: existe-t-il un Predetermined Change Control Plan, et a quoi engage-t-il en surveillance post-commercialisation. Un libelle large comme 'anomalies thoraciques' rend la recette locale sur votre propre casemix plus importante, pas moins.

Source: [Axis Imaging News](#)

[FDA] AI Highlights de CapsoVision autorise sur le predicat d'un concurrent*CapsoVision | 28 septembre 2026*

Autorise pour quoi: 510(k) (lettre du 25 septembre, annonce le 28) pour AI Highlights, qui marque et priorise les images de lésions suspectes en videocapsule du grele realisee pour suspicion de saignement, chez l'adulte et l'enfant de plus de deux ans; non valide pour d'autres indications comme la surveillance de Crohn. Sur quelles preuves: une etude de lecture retrospective non publiee; aucune sensibilite, specificite ni duree de lecture publiee. Notable: le predicat est l'appareil d'un rival, NaviCam ProScan d'AnX Robotica, qui avait lui-meme necessite une autorisation De Novo en 2023 faute de predicat; CapsoVision a utilise la classification creee par cette decision. Questions au fournisseur: le schema et les criteres de l'etude de lecture, les taux de detection par type de lesion, et le taux de lesions manquees quand le medecin ne relit que les images surlignees. Tant que les donnees de performance ne sont pas publiees, traitez les gains de temps de lecture comme non verifies.

Source: [Communiqué CapsoVision \(GlobeNewswire\)](#)**[MARKET] La region de Stockholm adopte l'IA comme second lecteur independant du depistage mammaire***Lunit | 28 septembre 2026*

Ce qui est annonce: Lunit INSIGHT MMG remplacera la seconde lecture par un radiologue dans toute la region de Stockholm (Capio Saint Göran, hopital universitaire Karolinska, Södersjukhuset), deploye avec Sectra, pour 200 000 a 250 000 examens par an; deuxieme deploiement regional de Lunit en Suede apres la Dalecarlie. Sur quelles preuves: inhabituellement solides pour une annonce de deploiement; ScreenTrustCAD, etude prospective en population de plus de 55 000 femmes a Saint Göran, plus environ 200 000 examens de routine depuis 2023, a travers des changements de mammographes. Questions pour tout site envisageant le meme pas: ce que suit le plan de surveillance une fois le second lecteur humain retire (cancers d'intervalle, taux de rappel par sous-groupe, derive apres changement d'equipement), qui a l'autorite de suspendre le lecteur IA, et quel est le plan de repli en personnel. Remplacer un lecteur est une autre classe de risque qu'assister un lecteur; l'obligation de surveillance augmente d'autant.

Source: [Communiqué Lunit](#)**[MARKET] Clairity Breast passe en acces direct au consommateur via Everlywell***Clairity | 1 octobre 2026*

Ce qui est annonce: acces grand public americain a Clairity Breast, l'outil d'IA qui estime le risque de cancer du sein a cinq ans a partir d'une mammographie de depistage de routine, via la plateforme Everlywell, avec prescription et remise des resultats par des cliniciens affilies. Statut reglementaire: autorisation De Novo de la FDA (mai 2025), donc sans dispositif predicat; il predit un risque futur et ne detecte pas de cancer. Preuves: valide sur plus de 77 000 mammographies de depistage dans cinq sites americains pour l'autorisation et plus de 120 000 dans dix etablissements ensuite; desormais cite comme option dans les recommandations de depistage NCCN pour l'evaluation du risque des 35 ans. Questions pour les responsables d'imagerie: comment un score de risque commande par la patiente reintegre le dossier clinique, qui conseille la patiente quand le score contredit l'evaluation locale du risque, et si la demande induite de depistage complementaire (IRM, echographie) a ete modelisee. Un canal direct au consommateur deplace la charge de gouvernance du centre d'imagerie vers celui qui recoit les adressages en aval.

Source: [Communiqué Everlywell \(Business Wire\)](#)

SECTION 3

SIGNAL DE SURVEILLANCE APRES COMMERCIALISATION

*Derive | Rappels et MAUDE | Surveillance en conditions reelles | Article 72 du reglement europeen sur l'IA***Le document de reflexion FDA sur l'IA generative deplacerait la charge de preuve vers le post-marche: commentaires jusqu'au 19 octobre***28 septembre 2026*

Des analyses juridiques publiees cette semaine (Cooley, 28 septembre; Haynes Boone, 2 octobre) decortiquent le document de reflexion du CDRH de la FDA sur les dispositifs a IA generative et convergent sur le meme point: le CDRH envisage ouvertement d'accepter davantage d'incertitude pre-commercialisation en echange d'un recours accru a la surveillance post-marche, via un benchmarking periodique contre les seuils pre-commercialisation, une revue clinique independante par echantillons des entrees et sorties reelles, et une surveillance de la degradation de performance, et demande meme si des agents superviseurs automatises pourraient assurer une partie de cette surveillance. Les premiers commentateurs repondent que la surveillance post-marche ne remplace pas la preuve pre-commercialisation quand le dommage est grave ou irreversible, et veulent que les sponsors declarent quels modes de defaillance un programme de surveillance ne peut pas detecter. Les deployeurs sont concernes car chacun de ces mecanismes suppose que l'hopital fournisse ouheberge les donnees de surveillance. La consultation ferme le 19 octobre 2026 (dossier FDA-2026-N-7874); les services d'imagerie ayant de l'IA deployee ont qualite pour commenter et le font rarement.

Lien: <https://www.cooley.com/news/insight/2026/2026-09-28-regulating-ai-like-a-doctor-...>

SECTION 4

FICHE PRATIQUE

Une mesure concrete pour votre comite IA ce mois-ci

Article 72 du reglement europeen sur l'IA (surveillance post-commercialisation); clause d'evaluation de la performance d'ISO/IEC 42001. Le calendrier d'application du reglement est en cours de revision suite a la proposition Digital Omnibus, verifiez les dates sur le texte en vigueur

Mesure: Echantillonnez 20 sorties d'IA par mois contre le compte rendu final signe. Suivez un seul chiffre: le taux de concordance. Tracez-le. Ajoutez ce mois-ci une seconde ligne: la part des resultats d'IA arrives apres la validation du compte rendu, par modalite. C'est une tendance, pas un seuil, qui vous dira que quelque chose a change.

Pourquoi: La derive est invisible dans la precision agreee et visible dans une courbe mensuelle. Commencer la serie maintenant, c'est avoir un historique quand l'obligation mordra; commencer plus tard, c'est n'avoir qu'un instantane.

Exemple concret: Morozov S et al. (Journal of the American College of Radiology, PMID 42810607, DOI 10.1016/j.jacr.2026.09.026) montrent ce que la seconde ligne attrape: sur 96 874 examens, 7,2% des resultats d'IA sont arrives apres la signature du compte rendu, de 3,0% pour l'IRM du genou a 13,2% pour le CT thoracique. Un outil dont la sortie manque la fenetre de compte rendu derive operationnellement meme quand sa precision n'a pas bouge.

SECTION 5

POINTS MEDIATIQUES

*AuntMinnie | Radiology Business | The Imaging Wire | Diagnostic Imaging | ITN***Plus de 1 000 dispositifs d'IA radiologique autorises par la FDA: ce que montre la base***Radiology Business | 29 septembre 2026*

Radiology Business couvre une nouvelle analyse d'Academic Radiology caracterisant 1 094 dispositifs d'IA radiologique autorises par la FDA jusqu'a decembre 2025. Les autorisations annuelles ont augmente de 42% entre 2023 et 2025, tandis que la composition fonctionnelle des dispositifs restait relativement stable. Pour les acheteurs, le point utile est la base de reference: les auteurs positionnent leur revue comme un etalon face a la vague entrante d'outils de fondation et generatifs, et comme un point de depart d'inventaire pour les services qui ignorent dans quelle categorie reglementaire se trouvent leurs outils.

Lien: <https://radiologybusiness.com/topics/artificial-intelligence/radiology-ai-author-...>

Radiology Partners commence a reduire les unites de travail pour les comptes rendus pre-rediges par IA

Ben White (benwhite.com) | 30 septembre 2026

Le radiologue Ben White dissectionne l'annonce de Radiology Partners: a partir du 1er octobre, le groupe 'partage les gains d'efficience' de sa plateforme de pre-redaction Mosaic en reduisant les unites de travail horaires pour les examens disposant d'un brouillon IA, abaissant de fait le credit interne par lecture a mesure que les temps de lecture baissent. Son analyse est le recit public le plus clair a ce jour de la logique economique que l'IA introduit dans l'emploi radiologique: les groupes integres verticalement captent les gains, les payeurs paient inchangé, et l'unité de travail du radiologue absorbe la difference. Quelle que soit votre position, c'est un impact post-deploiement de l'IA sur les conditions de travail, et cela façonnera la reception de toute future promesse d'efficience.

Lien: <https://www.benwhite.com/radiology/number-goes-down/>

L'etude d'implementation multi-fournisseurs reprise par la presse specialisee

Radiology Business | 1 octobre 2026

Radiology Business rend compte de l'etude observationnelle multi-sites du JACR de cette semaine sur 10 outils d'IA de 7 fournisseurs dans un reseau ambulatorio de 20 centres (egalement en section 1 de ce numero), en soulignant que la latence d'infrastructure, et non la vitesse des algorithmes, etait le principal obstacle a l'utilite clinique, et que les gains de delai se concentraient dans les modalites a haut volume comme la radiographie de traumatologie. Cette reprise compte parce que les preuves d'economie d'implementation atteignent rarement la presse specialisee, qui couvre d'ordinaire les promesses d'exactitude.

Lien: <https://radiologybusiness.com/topics/artificial-intelligence/widespread-ai-adopt...>

SECTION 6

SOCIETES SAVANTES

SIIM | ACR | RCR | Publications et couverture officielles

Le Practice Parameter ACR-SIIM pour l'IA en imagerie entre en vigueur

1 octobre 2026

Le premier Practice Parameter ACR-SIIM pour l'intelligence artificielle en imagerie, adopte par le Conseil de l'ACR en mai 2026, est entre en vigueur le 1er octobre 2026 selon le cycle standard de l'ACR, par lequel les parametres approuves une annee donnee prennent effet le 1er octobre de cette annee. Des cette semaine, c'est la norme de pratique americaine de reference pour l'IA en imagerie: groupe de gouvernance IA, inventaire des outils deployes avec versions et usage prevu, recette locale avant deploiement, surveillance de la performance en conditions reelles avec regles d'arret definies, et controles d'accès et journalisation de niveau HIPAA, en couvrant explicitement les outils non regules par la FDA, y compris l'IA generative. Les services alignes peuvent viser la designation ARCH-AI.

Source: <https://www.acr.org/News-and-Publications/Media-Center/2026/first-practice-parameter-for-imaging-ai>

La RSNA publie une mise a jour majeure de son programme de certificat IA

27 septembre 2026

Le programme Foundational AI Certificate de la RSNA est desormais disponible en version 2.0, un cursus reconstruit couvrant l'evaluation, l'implementation et l'usage de l'IA en imagerie, aux cotes des modules de la societe sur le triage des urgences, l'IA thoracique et un cours avance sur le developpement de modeles et la curation de donnees. Avec l'article 4 du reglement europeen sur l'IA qui fait de la maitrise de l'IA une obligation et non une aspiration, un certificat structure est un moyen auditable de documenter la formation du personnel, meme si un certificat seul ne demontre pas la competence specifique a l'outil que vise l'obligation.

Source: <https://radiologybusiness.com/topics/management/education-training/rsnas-ai-certificate-program-undergoes-major-update>

SECTION 7

LEADERS D'OPINION

*LinkedIn | Déclarations publiques | Semaine du 27 au 3 octobre 2026***Nina Kottler***Chief Medical AI Officer, Mosaic Clinical Technologies*

A publie le 2 octobre un retour de terrain sur deux mois répondant à la question 'que fait réellement un Chief Medical AI Officer': déplacements sur les sites américains, entretiens, podcasts, présentations en congrès et enseignement aux résidents, échanges avec des dirigeants de santé sur l'introduction de l'IA en pratique clinique, et écriture et recherche sur la façon dont l'IA change la décision clinique, comment l'implémenter de manière responsable et comment la surveiller une fois en service, aux côtés de travaux sur la régulation et le remboursement de l'IA. Une esquisse concrète et utile du rôle émergent de CMAIO pour toute organisation qui hésite à en créer un.

Source: [LinkedIn](#)**Woojin Kim***Chief Strategy Officer et CMIO, HOPPR; CMO, ACR DSI*

A publie le 2 octobre une expérience transformant son éditorial de 2024 dans Radiology, 'Seeing the Unseen', en animation explicative de 25 secondes générée avec Claude Opus 5.5 d'Anthropic, en partageant le prompt exact utilisé. Sa réserve est l'essentiel: le modèle a construit le storyboard et le code, mais a étiqueté avec assurance une valeur de washout absolue erronée, et 'voir ce qui est faux demande toujours un humain', démonstration compacte à la fois de la vitesse des outils génératifs pour l'enseignement radiologique et de la raison pour laquelle la relecture experte reste dans la boucle.

Source: [LinkedIn](#)**Amine Korchi***Radiologue; HealthTech Innovation & Ventures*

A publie le 2 octobre avant un Lunch & Learn à distance à l'Hôpital Israelita Albert Einstein de São Paulo, pour discuter son récent article avec Jan Beger et Christoph Agten sur l'avenir de la radiologie et des radiologues à l'ère de l'IA, construit autour de trois scénarios pour la spécialité: expansion, concentration et stratification. Le circuit international d'enseignement autour de ce cadre montre à quel point les auditoires de direction en radiologie travaillent activement la planification par scénarios de l'IA.

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 preprint 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 27 au 3 octobre 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.