



**HAL**  
open science

# Avant l'IA : en quoi des mesures d'ergonomie avancées et les techniques de lecture rapide peuvent améliorer les performances diagnostiques humaines en imagerie oncologique

Axel Bartoli

## ► To cite this version:

Axel Bartoli. Avant l'IA : en quoi des mesures d'ergonomie avancées et les techniques de lecture rapide peuvent améliorer les performances diagnostiques humaines en imagerie oncologique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02361246

**HAL Id: dumas-02361246**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02361246>**

Submitted on 13 Nov 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Avant l'IA : en quoi des mesures d'ergonomie avancées et les techniques de lecture rapide peuvent améliorer les performances diagnostiques humaines en imagerie oncologique ?**

## **T H È S E A R T I C L E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 13 Juin 2019**

**Par Monsieur Axel BARTOLI**

**Né le 2 mai 1991 à Marseille 08eme (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MÉDICALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

<b>Monsieur le Professeur MOULIN Guy</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur GORINCOUR Guillaume</b>	<b>Directeur</b>
<b>Monsieur le Professeur JACQUIER Alexis</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Professeur VIDAL Vincent</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Professeur Associé GAUBERT Jean-Yves</b>	<b>Assesseur</b>



# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

**Doyen Georges LEONETTI**

**Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI**  
**Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS**

**Direction d'école** :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

**Assesseurs** :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission** :

- 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

**Chef des services généraux** : Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service** :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

**DOYENS HONORAIRES**

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

### 1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

### 1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

### 1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

### 1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

- 1990**  
MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)  
J. PORTER (U.S.A.)
- 1991**  
MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)  
W. BURGDORFER (U.S.A.)
- 1992**  
MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)  
D. CARSON (U.S.A.)  
T. YAMAMURO (Japon)
- 1994**  
MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)  
W.J. KOLFF (U.S.A.)
- 1995**  
MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)  
M. MULLER (Suisse)  
V. BONOMINI (Italie)
- 1997**  
MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)  
D. STULBERG (U.S.A.)  
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)  
P.I. BRANEMARK (Suède)
- 1998**  
MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)
- 1999**  
MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)  
D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)
- 2000**  
MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)
- 2001**  
MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
- 2002**  
MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)
- 2003**  
M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDA (Grande Bretagne)
- 2004**  
M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)
- 2005**  
M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
- 2006**  
M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
- 2007**  
M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)



## PROFESSEURS EMERITE

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

**2018**

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

AGOSTINI FERRANDES Aubert  
 ALBANESE Jacques  
 ALIMI Yves  
 AMABILE Philippe  
 AMBROSI Pierre  
 ANDRE Nicolas  
 ARGENSON Jean-Noël  
 ASTOUL Philippe  
 ATTARIAN Shahram  
 AUDOUIN Bertrand  
 AUQUIER Pascal  
 AVIERINOS Jean-François  
 AZULAY Jean-Philippe  
 BAILLY Daniel  
 BARLESI Fabrice  
 BARLIER-SETTI Anne  
 BARTHET Marc  
 BARTOLI Christophe  
 BARTOLI Jean-Michel  
 BARTOLI Michel  
 BARTOLOMEI Fabrice  
 BASTIDE Cyrille  
 BENSOUSSAN Laurent  
 BERBIS Philippe  
 BERDAH Stéphane  
 BERLAND *Yvon Surnombre*  
 BERNARD Jean-Paul  
 BEROUD Christophe  
 BERTUCCI François  
 BLAISE Didier  
 BLIN Olivier  
 BLONDEL Benjamin  
 BONIN/GUILLAUME Sylvie  
 BONELLO Laurent  
 BONNET Jean-Louis  
 BOTTA/FRIDLUND *Danielle Surnom*  
 BOUBLI Léon  
 BOUFI Mourad  
 BOYER Laurent  
 BREGEON Fabienne  
 BRETTELLE Florence  
 BROUQUI Philippe  
 BRUDER Nicolas  
 BRUE Thierry  
 BRUNET Philippe  
 BURTEY Stéphane  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier  
 CASANOVA Dominique  
 CASTINETTI Frédéric  
 CECCALDI Mathieu  
 CHAGNAUD Christophe  
 CHAMBOST Hervé  
 CHAMPSAUR Pierre  
 CHANEZ Pascal  
 CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle  
 CHARREL Rémi  
 CHARPIN *Denis Surnombre*  
 CHAUMOITRE Kathia  
 CHIARONI Jacques  
 CHINOT Olivier  
 CHOSSEGROS Cyrille  
 CLAVERIE *Jean-Michel Surnombre*  
 COLLART Frédéric  
 COSTELLO Régis  
 COURBIERE Blandine  
 COWEN Didier  
 CRAVELLO Ludovic  
 CUISSET Thomas  
 CURVALE Georges  
 DA FONSECA David  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia  
 DANIEL Laurent  
 DARMON Patrice  
 D'ERCOLE Claude  
 D'JOURNO Xavier  
 DEHARO Jean-Claude  
 DELAPORTE Emmanuel  
 DELPERO Jean-Robert  
 DENIS Danièle  
 DISDIER Patrick  
 DODDOLI Christophe  
 DRANCOURT Michel  
 DUBUS Jean-Christophe  
 DUFFAUD Florence  
 DUFOUR Henry  
 DURAND Jean-Marc  
 DUSSOL Bertrand  
 EUSEBIO Alexandre  
 FAKHRY Nicolas  
 FAUGERE *Gérard Surnombre*  
 FELICIAN Olivier  
 FENOLLAR Florence  
 FIGARELLA/BRANGER Dominique  
 FLECHER Xavier  
 FOURNIER Pierre-Edouard  
 FRANCES *Yves Surnombre*  
 FRANCESCHI Frédéric  
 FUENTES Stéphane  
 GABERT Jean  
 GABORIT Bénédicte  
 GAINNIER Marc  
 GARCIA Stéphane  
 GARIBOLDI Vlad  
 GAUDART Jean  
 GAUDY-MARQUESTE Caroline  
 GENTILE Stéphanie  
 GERBEAUX Patrick  
 GEROLAMI/SANTANDREA René  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine  
 GIORGI Roch  
 GIOVANNI Antoine  
 GIRARD Nadine  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte  
 GONCALVES Anthony  
 GORINCOUR Guillaume  
 GRANEL/REY Brigitte  
 GRANVAL Philippe  
 GREILLIER Laurent  
 GRIMAUD Jean-Charles  
 GROB Jean-Jacques  
 GUEDJ Eric  
 GUIEU Régis  
 GUIE Sandrine  
 GUYE Maxime  
 GUYOT Laurent  
 GUYS Jean-Michel  
 HABIB Gilbert  
 HARDWIGSEN Jean  
 HARLE Jean-Robert  
 HOFFART *Louis Disponibilité*  
 HOUVENAEGHES Gilles  
 JACQUIER Alexis  
 JOURDE-CHICHE Noémie  
 JOUVE Jean-Luc  
 KAPLANSKI Gilles  
 KARSENTY Gilles  
 KERBAUL François  
 KRAHN Martin  
 LAFFORGUE Pierre  
 LAGIER Jean-Christophe  
 LAMBAUDIE Eric  
 LANCON Christophe  
 LA SCOLA Bernard  
 LAUNAY Franck  
 LAVIEILLE Jean-Pierre  
 LE CORROLLER Thomas  
 LECHEVALLIER Eric  
 LEGRE Régis  
 LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale  
 LEONE Marc  
 LEONETTI Georges  
 LEPIDI Hubert  
 LEVY Nicolas  
 MACE Loïc  
 MAGNAN Pierre-Edouard  
 MATONTI *Frédéric Disponibilité*  
 MEGE Jean-Louis  
 MERROT Thierry  
 METZLER/GUILLEMAIN Catherine  
 MEYER/DUTOUR Anne  
 MICCALEF/ROLL Joëlle  
 MICHEL Fabrice  
 MICHEL Gérard  
 MICHEL Justin  
 MICHELET Pierre  
 MILH Mathieu  
 MOAL Valérie  
 MONCLA Anne  
 MORANGE Pierre-Emmanuel  
 MOULIN Guy  
 MOUTARDIER Vincent  
 MUNDLER *Olivier Surnombre*  
 NAUDIN Jean  
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier  
 NICOLLAS Richard  
 OLIVE Daniel  
 OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
 AGHABABIAN Valérie  
 BELIN Pascal  
 CHABANNON Christian  
 CHABRIERE Eric  
 FERON François  
 LE COZ Pierre  
 LEVASSEUR Anthony  
 RANJEVA Jean-Philippe  
 SOBOL Hagay

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
 FILIPPI Simon

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent ( <i>disponibilité</i> )	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>dispo oct 2018</i> )	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic  
GENTILE Gaëtan

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion  
REVIS Joana

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

*CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)  
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
*ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 CURVALE Georges (PU-PH)  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
*PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité*  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

*ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité*  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
*SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre*  
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)  
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

GUERIN Carole (MCU PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERRROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)  
 FAURE Alice (MCU PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
*BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre*  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
 SEITZ Jean-François (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 MONCLA Anne (PU-PH)  
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
 TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BOUBLI Léon (PU-PH)  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

KERBAUL François (PU-PH)  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 FRANCES Yves (PU-PH) *Surnombre*  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)  
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)  
 RACCAH Denis (PU-PH)  
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*  
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**MEDECINE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**NEPHROLOGIE 5203**

BERLAND Yvon (PU-PH) *Surnombre*  
 BRUNET Philippe (PU-PH)  
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
 MOAL Valérie (PU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
 FUENTES Stéphane (PU-PH)  
 REGIS Jean (PU-PH)  
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
 FELICIAN Olivier (PU-PH)  
 PELLETIER Jean (PU-PH)



**OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*  
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

**PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
 POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
 MICHEL Justin (PU-PH)  
 NICOLLAS Richard (PU-PH)  
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)  
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*  
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*  
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
 SIMON Nicolas (PU-PH)  
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
 MARY Charles (MCU-PH)  
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
 MICHEL Gérard (PU-PH)  
 MILH Mathieu (PU-PH)  
 REYNAUD Rachel (PU-PH)  
 SARLES Jacques (PU-PH)  
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
 BREGEON Fabienne (PU-PH)  
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)  
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
 FABRE Alexandre (MCU-PH)  
 OVAERT Caroline (MCU-PH)  
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
 BONINI Francesca (MCU-PH)  
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)  
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
 REY Marc (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
 LANCON Christophe (PU-PH)  
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101****RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)  
 GIRARD Nadine (PU-PH)  
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
 JACQUIER Alexis (PU-PH)  
 MOULIN Guy (PU-PH)  
 PANUEL Michel (PU-PH)  
 PETIT Philippe (PU-PH)  
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
 BARLESI Fabrice (PU-PH)  
 CHANEZ Pascal (PU-PH)  
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*  
 GREILLIER Laurent (PU PH)  
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)  
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
 PHAM Thao (PU-PH)  
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)

*À Paul Bartoli,*

*À Paulette et Guy Jouve,*

*J'aurais aimé voir votre sourire en tenant dans vos mains ce travail,  
Vos souvenirs me sont si chers,  
Je vous dois tant.*

## REMERCIEMENTS

**À notre Maître et Président du jury,**

**Monsieur le Professeur G. MOULIN,**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie sincèrement.  
Vous savoir présent à mes côtés et ceux de ma famille aujourd'hui est une joie immense.

Veillez recevoir l'assurance de mon profond respect.

**À nos Maîtres et Juges,**

**À Monsieur le Professeur G. GORINCOUR,**

Vous me faites l'honneur de diriger cette thèse.

Merci de l'avoir réalisé avec tant de dynamisme, de tact et de bienveillance.

Merci pour votre passion de transmettre. Le leadership c'est avoir confiance en soi mais surtout donner confiance aux autres, ce que vous réussissez parfaitement.

**À Monsieur le Professeur A. JACQUIER,**

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Merci pour votre enseignement, votre confiance, votre savoir.

Travailler avec vous est un vrai plaisir, fondé sur une immense estime à votre égard.

Soyez assuré de mon grand respect et de ma gratitude.

**À Monsieur le Professeur V. VIDAL,**

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Pour avoir été à l'origine de ce projet, comme tant d'autres. Vous êtes pour moi l'exemple d'une parfaite union entre maestria technique et esprit éclairé. Votre ouverture d'esprit, votre efficacité et votre franchise me sont très importantes.

**À Monsieur le Professeur J-Y. GAUBERT,**

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Merci de la considération que vous m'avez portée durant toute ma formation et plus généralement votre attention à tous les internes.

Votre enseignement est précieux, votre disponibilité plus qu'agréable.

## **A ma famille :**

À Natacha, mon Amour. Merci pour ton soutien indéfectible, ton intelligence et ta douceur. Tu illumines ma vie et seuls m'importent nos projets futurs. Tous nos projets. Je t'aime.

À mes parents, vous formez à deux l'exemple sur lequel je fonde ma vie personnelle et professionnelle. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis, chaque jour et sans limites. Je vous aime tellement.

À mon frère, cet être unique, ce compagnon de vie. Pour les temps bénis de notre enfance. Pour les marches franchies ensemble. Pour nos futurs toujours liés.

À ma grand-mère chérie, j'espère te rendre fière et être à la hauteur de tout ce que tu m'as apporté.

À mon parrain, ma marraine et ma « marraine » Françou, merci pour votre présence protectrice, aimante et joyeuse à mes côtés depuis toujours.

À Marion, ma cousine chérie.

À Paul, mon petit cousin que j'affectionne tant. À Jean-Romain, Nicolas, Michel et Anne, mes cousins adorés. À Françoise, Brigitte et Philippe, toujours aimants et attentifs.

Aux radiologues de cette famille qui, de près ou de loin, m'ont orienté vers cette passionnante spécialité.

## **A mes Maîtres :**

Aux Professeurs Chagnaud, Champsaur, Chaumoitre, Le Corroller, Girard, Panuel, Petit et Varoquaux, aux Docteurs Gazagnes et Piana. Bénéficiaire votre savoir dans vos services ou lors des enseignements est une chance.

## **À mes co-internes:**

Je mesure ma chance de faire un métier qui me plaît tant, notamment grâce à mes co-internes, qui tous, ont amené de la joie, du soutien et des rires dans le travail, faisant toute la beauté de cette période de vie commune si particulière. Merci, et plus particulièrement,

À Charlotte et Lisa, les Bella de mon internat.

À Julian, François, Robin, François, Jean-François et Alexandre. Votre présence, dans un service de radiologie ou dans une soirée, rend les gens heureux et moi le premier.

Aux Glisseurs et Glisseuses, à Marie B, à Elodie et Anaïs pour nous avoir accueilli, à Pierre et Paul pour nous avoir tout expliqué et à Antoine et Julien de prendre la relève.

Aux générations précédentes qui, par leur compagnonnage ont mis en œuvre cette si belle obligation qui nous oblige : *"Je jure de communiquer les préceptes généraux, les leçons orales et tout le reste de la doctrine à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples assermentés suivant la loi médicale"*.

Et plus particulièrement les Docteurs Barral, Brun, Dabadie, Daidj, Dehaene, Dory-Lautrec, Falque, Fernandez, Gaudon, Grob, Izaaryene, Kheiri, Louis, Reyre, Rouabah, Scemama, Soussan, Tradi.

Aux générations suivantes, toujours plus stimulantes et brillantes.

Aux manipulateurs radio, nos partenaires essentiels de travail. Et notamment l'équipe de l'angiographie Timone (en particulier Renaud, François, J-Ed et Paulin), Xavier, Clémence, Emilie, Julie, Lisa...

À Virginie et Valérie pour leur patience et leur aide. À Brigitte, Robert et Éric pour leur accueil dans ce service si particulier.

À Madame Bernard et au Professeur Guye, à Stanislas, Zak et Thibault pour leur accueil et leur aide au laboratoire CRMBM.

À M. Nicolas Lisiak, essentiel dans ce projet, pour sa gentillesse, ses capacités hors normes.

**À mes amis :**

À Mathilde et Marie, pour n'avoir gardé que de fabuleux souvenirs de ces années de travail à vos côtés. Les liens tissés alors, ont encore renforcé une amitié qui compte particulièrement pour moi.

À Mathieu, Axelle et Victoire, amis sincères et brillants médecins.

À tous mes amis qui, de Cristinacce à Chamonix, de Karpathos à la rue Jean Fiolle, de la Ciotat aux Goudes me font me sentir heureux au sein d'un groupe unique, m'acceptent tel que je suis et accompagnent mon parcours avec bienveillance et sincérité. J'espère être à la hauteur de votre amitié.

À Arnaud, Aurélien, Jean-Baptiste, Maxime, Nicolas, Sébastien.

À Audrey, Claire, Clémence, Fanny et Marie, Flore, Floriane, François, Gerome, Gladys, Hadrien, J-E, Jean-Guillaume, Julie, Laure, Manon F., Manon M-P, Margaux, Mathieu M., Maxime C., Raphael, Romain, Thom.

À Yannis, Nico, Édouard et Matthieu. À Dani et Kikou. À Thomas et Rémi.

Aux amis de Natacha devenus, avec grande joie, mes amis.

Au SMUC, mon club pour toujours. À mes coéquipiers et mes éducateurs.

Au CASE SC, quelle belle famille. Et tout particulièrement Antho, Terence, Flo, Eric, Pom, Beco, Toune, Jéré, Vano, Tius et tous les autres aussi bien sûr.

Aux Iris, lieu spirituel et d'évolution.

À l'école de Provence et la faculté de Médecine de Marseille pour leur enseignement.

À David Bowie, Calcutta et Giorgio Poi, Jarvis Cocker, Romain Guerret et Alex Rossi, Townes van Zandt, Philip Glass et Murat pour leur écoute abusive durant l'écriture de cette thèse.

À Palneca et La Ciotat.

À Marseille.

# **PARTIE 1**

**Article Original – Version Française**

AVANT L'IA : EN QUOI DES MESURES D'ERGONOMIE AVANCÉES ET LES  
TECHNIQUES DE LECTURE RAPIDE PEUVENT AMÉLIORER LES  
PERFORMANCES DIAGNOSTIQUES HUMAINES EN IMAGERIE  
ONCOLOGIQUE ?

## **RÉSUMÉ :**

### **INTRODUCTION:**

La principale cause d'erreur en imagerie oncologique est l'échec de détection d'une lésion. A l'heure du développement des techniques d'Intelligence Artificielle (IA) en Radiologie, l'objectif était de comparer les capacités de détection de lésions suspectes par des radiologues de même expérience soumis à différentes conditions d'interprétation et bénéficiant d'une formation en « lecture rapide ».

### **MATERIEL ET METHODES :**

Des examens tomodensitométriques oncologiques étaient sélectionnés et interprétés par un radiologue sénior produisant un compte-rendu "Gold-Standard" selon les recommandations internationales. Des internes de radiologie interprétaient ces examens et notaient les lésions sur une grille standardisée. Ils étaient randomisés en 3 groupes: groupe 1 dans des conditions d'interprétation standard, groupe 2 dans des conditions ergonomiques améliorées, le groupe 3 bénéficiait en plus d'une formation spécifique en « lecture rapide et efficace ».

La sensibilité de détection de chaque groupe comparée au Gold-Standard et la durée moyenne des séances d'interprétation étaient évaluées.

### **RESULTATS :**

Au total, 13 examens tomodensitométriques étaient inclus. L'interprétation « Gold-Standard » identifiait un total de 67 lésions à détecter sur ces examens. 18 internes étaient divisés en 3 groupes de 6. Chaque groupe d'interne avait 402 (67x6) lésions à détecter. La sensibilité de détection globale était plus élevée dans: le groupe 3 vs. groupe 1 (91,2% versus 84,2%;  $p=0,005$ ) et le groupe 3 vs. groupe 2 (91,2% versus 85,4%;  $p=0,036$ ). La durée d'interprétation était plus courte dans le groupe 2 vs. groupe 1 (141 minutes versus 162 minutes;  $p = 0,036$ ).

### **CONCLUSION :**

Parallèlement au progrès de l'IA, les radiologues peuvent significativement améliorer leur capacités de détection lésionnelle en adaptant leur conditions de travail et leur méthode d'interprétation.



## **INTRODUCTION :**

Les erreurs diagnostiques en médecine en général et en radiologie en particulier sont un enjeu majeur de santé publique. Les causes d'erreur au cours de l'interprétation d'examen radiologiques sont multiples (1)-(2), notamment : défaut ou excès de détection des anomalies, mauvaise interprétation de ces anomalies, proposition inadéquate de prise en charge (choix de l'étape radiologique ou clinique suivante), mauvaise compréhension des résultats radiologiques par le correspondant.

En imagerie oncologique, la principale cause d'erreur est un défaut de détection des lésions (3). En effet, au cours des suivis radiologiques d'oncologie, l'histologie de la tumeur initiale est le plus souvent connue, rendant primordiale la détection d'autres lésions permettant d'évaluer l'extension tumorale.

La non-détection d'éventuelles lésions dans un bilan d'extension entraîne une importante perte de chance pour les patients. À expérience clinico-radiologique équivalente, ces erreurs sont plutôt influencées par des facteurs dits « psychophysiologiques » (4) : fatigue (5)-(6) (visuelle (computer vision syndrome (7)-(8)) psychique et musculo-squelettique), temps de travail continu sur ordinateur (9), distraction. Ces facteurs dépendent notamment des conditions et de l'environnement de travail et sont donc modifiables. Plusieurs auteurs ont déjà édictés à ce sujet des règles utiles voire nécessaires à une interprétation radiologique optimale, dans un état de concentration de bonne qualité (10). Ces facteurs ont été étudiés isolément de façon à montrer qu'ils sont à l'origine de fatigue, de stress et de baisse de la productivité, mais les auteurs n'ont pas recherché le taux d'erreur d'interprétation radiologique que ces différentes conditions de travail pouvaient entraîner.

On note également, depuis plusieurs années l'apparition, dans le monde du travail hors médical, de techniques de concentration permettant une « lecture rapide » (11). Ces techniques de concentration comprennent des conseils sur la gestion du corps lors de ces séances de lecture (pauses, hydratation..), des exercices préparatoires permettant l'entrée dans un état de concentration optimale, des exercices visant à augmenter la plasticité cérébrale en particulier sur la coordination cérébrale. Elles ont montré leur efficacité notamment pour augmenter le nombre de mots lus par unité de temps et ce avec au moins la même compréhension du texte (12)-(13)-(14).

Il nous semblait intéressant d'évaluer l'apport de ces techniques à la lecture d'examens radiologiques. Notre objectif principal était donc de comparer, en imagerie oncologique, l'efficacité dans la détection de lésions suspectes par des radiologues de même expérience soumis à des conditions de travail contrôlées et différentes. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le temps d'interprétation de ces différents groupes de radiologues et d'évaluer l'apport de techniques de lecture rapide appliquée au domaine de la radiologie.

## **MATERIEL et METHODES :**

### **Données d'imagerie**

Des examens scanographiques ont été sélectionnés pour l'étude. Ils comprenaient des scanners cérébraux, abdomino-pelviens, thoraco-abdomino-pelviens ou cérébro-thoraco-abdomino-pelviens réalisés dans le cadre d'un premier bilan d'imagerie au moment de l'entrée des patients dans la maladie oncologique.

Ils ont fait l'objet d'une lecture par un sénior de radiologie spécialisé en oncologie (MD, PhD, 20 ans d'expérience). Cette interprétation a permis la réalisation d'une grille de résultats « Gold-standard » où étaient notées toutes les lésions classées objectivement comme suspectes selon les recommandations internationales. Cela concernait toutes les lésions certainement malignes mais aussi celles non caractérisables mais nécessitant un suivi, une expertise spécialisée ou d'autres examens complémentaires. Si celles-ci s'avèrent finalement bénignes après nouvel examen, suivi ou expertise, l'objectif est rempli puisque la lésion n'a pas été ratée initialement.

Étaient considérées comme devant être détectées :

- Au niveau cérébral, toute prise de contraste intra-parenchymateuse ou thrombose d'un sinus veineux (15);
- Au niveau ganglionnaire, toute formation de plus de 10 mm de petit diamètre (16);
- Au niveau pulmonaire, tout nodule à l'exception des nodules formellement bénins c'est à dire de contenu graisseux ( - 120 UH ; - 40 UH), en rapport avec une fistule artério-veineuse (vaisseaux convergents) ou avec des calcifications « bénignes » (globales, en pop-corn, lamellaires ou centrales) (17);
- Au niveau hépatique, toute formation intra-hépatique ne répondant pas aux critères de kyste simple (liquidien pur, absence de parois, pas de rehaussement). Concernant les autres lésions, la probabilité d'angiome ou d'HNF existe, mais ils ne sont pas toujours reconnaissables sur les seuls examens d'extension et nécessitent le plus souvent un examen approfondi 4 temps. Ces lésions doivent donc être notées;
- Au niveau surrénalien, toute formation surrénalienne ne répondant pas aux critères de myélolipome (plages graisseuses -30 UH prédominantes) ou de kyste simple (strictement liquidien/parois fines et non rehaussées) ou toute lésion supérieure à 4 cm (18);

- Au niveau rénal : pour les lésions kystiques, toute formation ne répondant pas aux critères de type I et II de la classification de Bosniak (19). Pour les lésions solides, toute formation solide ne répondant pas aux critères d'angiomyolipome typique (plages macroscopiques de densité < -15 UH, sans nécrose, sans calcification) (20);
- Au niveau péritonéal : tout nodule péritonéal devait être suspect de localisation secondaire ;
- Au niveau osseux : pour les lésions lytiques, toute lyse osseuse quelle que soit la classification de Lödwick (21), à l'exception des géodes péri-articulaires. Pour les lésions condensantes, toute lésion condensante à l'exception des îlots condensant bénins (condensation homogène, sans lyse associée, ronde ou oblongue de l'os spongieux, parallèle à l'os cortical dans l'axe des travées osseuses entre 1 mm et 2 cm (22), et des ostéocondensations péri-articulaires dégénératives.

Par ailleurs, étaient notés toute lésion kystique ou solide pancréatique, tout épaissement digestif suspect, tout aspect douteux de carcinose péritonéale avec infiltration anormale des feuillets péritonéaux ainsi que tout épanchement séreux.

### **Données d'interprétation**

Des internes en radiologie, bénévoles pour l'étude, étaient répartis aléatoirement en 3 groupes. Ces internes étaient tous entre la deuxième et la cinquième année d'internat français de radiologie et avaient tous passés au moins 1 an et demi révolus en radiologie (dont au moins 6 mois en imagerie oncologique). Aucun n'était encore thésé, ou n'avait suivi de sur-formation spécifique en imagerie oncologique. Chaque interne était soumis à l'interprétation des examens, en une séance unique individuelle.

Le participant avait une console personnelle de 3 écrans sur laquelle étaient chargés les examens. Il devait d'abord visualiser un diaporama expliquant la méthode d'inscription des résultats ainsi qu'un rappel sur les lésions à identifier selon les recommandations suscitées.

Chaque examen était accompagné d'une fiche expliquant l'indication de l'examen, le type de néoplasie suivie, les traitements éventuellement reçus et les lésions connues sur les précédents examens, et donc à ne pas noter (Figure 1).

**Figure 1: Exemple de fiche explicative: indication, histoire de la maladie, traitements, lésions bénignes déjà connues.**

**EXAM NUMBER 1**

Patient : M. L .

Brain and Chest-abdomino-pelvic CT scan (10/14/2015)

Indication : thoracic melanoma Breslow 3mm. First extension work-up.

Disease history / known lesions :

- Pulmonary adenocarcinoma treated with right inferior lobectomy ( 1994)
- Latest CT scan (2 years ago) :
  - o Aortic abdominal aneurysm
  - o Bilateral stenosis of the intern carotid arteries
  - o Pulmonary emphysema
  - o A non suspect lymphatic node in the cardio-phrenic area (7mm)
  - o Benign prostatic hypertrophy

Au cours des interprétations, les participants ne réalisaient pas de compte-rendu mais notaient sur une grille de lecture standardisée vierge les lésions retrouvées (Figure 2).

READING CHART	EXAM NUMBER 1					
<b>BRAIN:</b>	Right Hemisphere			<b>ABDOMEN:</b>	Liver:	
	Left Hemisphere				- right lobe	
	Posterior fossa				- left lobe	
	Venous sinuses				- caudate lobe	
					- portal venous thrombosis	
<b>CERVICAL NODES:</b>					Hepatic duct thickening	
	Aera 1				Right kidney	
	Aera 2/3/4				Left kidney	
	Aera 6				Right adrenal gland	
	Aera 5				Left adrenal gland	
<b>CHEST:</b>					Spleen	
	Right upper lobe				<b>Nodules:</b>	
	Middle lobe				- retroperitoneal	
	Right lower lobe				- intestinal	
	Left upper lobe				- iliac	
	Left lower lobe				Peritoneal effusion	
					Peritoneal carcinomatosis	
	Mediastinal lymph node				Pancreas	
	Right hilar lymph node				Suspicious digestive thickening	
	Left hilar lymph node				Suspicious pelvic mass	
					Bladder thickening	
	Right axillar lymph node			<b>INGUINAL</b>		
	Left axillar lymph node				Lymph node	
				<b>BONE</b>		
	Pulmonary embolism				Spine	
	Pleuritis / Pericarditis				Pelvic girdle	
					Ribs	
<b>SUB-CUTANEOUS</b>					Other	
	Nodules					
	- thoracic					
	- abdomen					
	- inguinal					
<b>LESION TOTAL =</b>						

**Figure 2: Exemple de fiche de lecture standardisée.**

L'investigateur principal de l'étude notait l'heure de fin et de début de la séance de l'interprétation, sans que les participants ne soient tenus au courant de ce paramètre.

### Conditions d'interprétation

Concernant le premier groupe, les séances d'interprétation des participants se déroulaient sur 2 jours, sur des consoles installées au sein de la salle d'interprétation commune du service, dans des conditions de travail standard (appels téléphoniques fréquents, conversations, questions de manipulateurs etc.). Les conditions d'ergonomie étaient également « standard » : pas de conseil particulier sur la position, la luminosité.

Les internes du second groupe interprétaient eux, seuls, dans des salles isolées du reste du service, sans interruption humaine ou téléphonique au cours de leur séance.

Enfin les internes du troisième groupe étaient dans les mêmes conditions que le deuxième groupe avec en plus une formation spécifique avant la séance dispensée par un professionnel de la mémoire et de la concentration. Cette formation de 2 heures portait sur les techniques

pour augmenter sa capacité de concentration, comment organiser son temps d'interprétation et quand faire des pauses pour reposer son cerveau. Après cette formation, les participants interprétaient seuls, le même jour ou le lendemain de la formation.

### **Analyse statistique**

Pour espérer une significativité statistique, le nombre totale de lésions détectables à inclure a été calculé à au moins 400. La durée de chaque session d'interprétation était notée pour chaque participant. La durée moyenne d'interprétation était calculée pour chaque groupe et comparée par utilisation de tests de Mann-Whitney. Pour chaque examen, la sensibilité de détection (% de lésions correctement annotées) et le nombre de lésions identifiées en excès étaient calculés. Dans la prise en compte du caractère corrélé de la structure des données (les internes interprétant les mêmes examens), nous avons utilisé un modèle linéaire mixte pour estimer la sensibilité et la comparaison des groupes deux à deux.

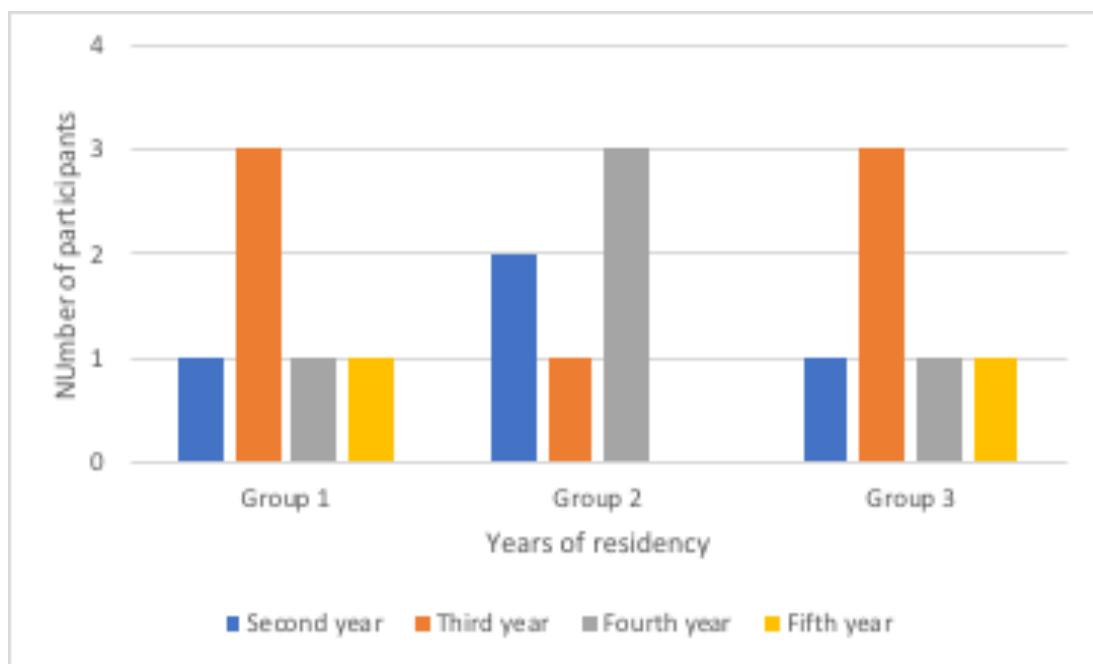
Toutes les analyses statistiques étaient considérées statistiquement significative lorsque  $p$  value  $< 0,05$ . Elles ont été réalisées grâce au logiciel IBM SPSS Statistics 20.0 (IBM Inc., New York, USA).

## RESULTATS :

Au total, treize CT ont été inclus, réalisés dans l'exploration de mélanome (n=7), de néoplasie broncho-pulmonaire (n=5) et de léiomyosarcome utérin (n=1).

La lecture « Gold-standard » des 13 examens identifiait comme lésions à détecter : 18 lésions cérébrales, 29 lésions thoraciques (3 ganglionnaires et 26 parenchymateuses), 14 lésions abdominales (3 hépatiques, 4 surrénaliennes, 1 rénale, 5 ganglionnaires, 1 masse pelvienne), 4 lésions osseuses et 2 lésions sous-cutanées. Chaque interne pouvait donc détecter au maximum 67 lésions.

Dix-huit internes ont été répartis aléatoirement en 3 groupes de 6. Leur répartition dans chaque groupe en fonction de leur année d'internat est montrée dans la figure 3.



**Figure 3: Distribution des trois groupes internes en fonction de leur années d'internat**

Pour chaque groupe de 6 participants, il y avait donc 67 x 6 lésions à détecter soit 402 lésions. Les lésions étaient réparties par organe comme démontrées dans le tableau 1.



	Exam 1	Exam 2	Exam 3	Exam 4	Exam 5	Exam 6	Exam 7	Exam 8	Exam 9	Exam 10	Exam 11	Exam 12	Exam 13	/PARTICIPANT	/GROUP	
BRAIN :	4	1	1					3				8	1	18	108	
CERVICAL NODES :														0	0	
CHEST :														29	174	
LYMPH NODES				2			1							3	18	
PULMONARY NODULES	1	4	4	2	8	2	3			1		1		26	156	
PULMONARY EMBOLISM														0	0	
ABDOMEN :														14	84	
LIVER						1						2		3	18	
HEPATIC DUCT														0	0	
ADRENAL GLAND		1	1	1						1				4	24	
KIDNEY											1			1	6	
SPLEEN														0	0	
LYMPH NODES		1				3			1					5	30	
CARCINOSIS														0	0	
DIGESTIVE TRACT														0	0	
PANCREAS														0	0	
PELVIC MASS									1					1	6	
BLADDER														0	0	
INGUINAL														0	0	
BONE		1		1		1				1				4	24	
SUBCUTANEOUS		1						1						2	12	
OTHER														0	0	
<b>TOTAL</b>	5	9	6	6	8	7	5	3	2	2	2	2	8	4	67	402

**Tableau 1. Lésions à détecter : distribution pour chaque examen et par organe.**

Les données concernant les taux de détection, en globalité et par type lésionnel, pour chaque groupe, ainsi que les temps d'interprétation, sont données dans les tableaux 2 et 3.

	Group		
	1	2	3
N (%) of lesions correctly identified	309 (76.9%)	311 (77.4%)	341 (84.8%)
Sensitivity (95% CI)*	84.2% (80.4% to 88.1%)	85.4% (81.5% to 89.2%)	91.2% (87.3% to 95.0%)
N (%) of lesions identified in excess	78	98	50
Duration of interpretation (minutes), median [range]	162 [144 - 190]	141 [130 - 168]	162 [135 - 185]

\* Marginal means estimated using a linear mixed model.

**Tableau 2. Sensibilité de détection de lésions et temps d'interprétation au sein des trois différents groupes.**

	Group		
	1	2	3
	Average detection	Average detection	Average detection
BRAIN :	80,6%	81,5%	89,8%
CHEST :	<b>74,7%</b>	<b>79,9%</b>	<b>90,2%</b>
- <i>Lymph nodes</i>	83,3%	94,4%	100,0%
- <i>Pulmonary nodules</i>	<b>73,7%</b>	<b>78,2%</b>	<b>89,1%</b>
ABDOMEN :	83,3%	78,6%	78,6%
- <i>Liver</i>	72,2%	77,8%	72,2%
- <i>Adrenal gland</i>	95,8%	95,8%	100,0%
- <i>Kidney</i>	83,3%	83,3%	100,0%
- <i>Abdominal lymph nodes</i>	76,7%	60,0%	56,7%
- <i>Pelvic mass</i>	100,0%	100,0%	100,0%
BONE :	70,8%	54,2%	66,7%
SUBCUTANEOUS :	41,7%	41,7%	41,7%

**Tableau 3. Sensibilité de détection de lésions au sein des trois différents groupes en fonction des différents organes (en caractères gras, résultats significatifs).**

En prenant en compte le caractère corrélé des données, la sensibilité de détection mesurée était supérieure dans le groupe 3 comparée au groupe 1 ( $p=0.013$ ) et au groupe 2 ( $p=0.037$ ). Il n'y avait pas de différences entre les groupes 1 et 2 ( $p=0.680$ ).

La durée d'interprétation moyenne était plus courte dans le groupe 2 comparativement au groupe 1 ( $p=0.036$ ) et également plus courte comparativement au groupe 3 ( $p=0.063$ ). Il n'y avait pas de différences entre les groupes 1 et 3 ( $p=0.810$ ).

Ces résultats montraient une différence significative dans la sensibilité de détection pour les lésions parenchymateuses pulmonaires pour le groupe 3 vs. groupe 1 ( $p = 0.005$ ) et pour le groupe 3 vs. groupe 2 ( $p = 0.034$ ).

## DISCUSSION :

Notre étude confirme l'importance et l'impact des conditions et de l'environnement de travail dans les résultats d'interprétation radiologique, en particulier en oncologie. Il s'agit de la première étude portant sur l'impact des techniques de lecture rapide sur les compétences médicales en général, et radiologiques en particulier.

Le principal biais à éviter pour ce genre d'étude comparative d'interprétation concerne le niveau des participants et leur connaissance dans le domaine médical concerné, qui doit être homogène. Pour cela nous avons fait le choix d'exclure les internes en début de parcours et d'inclure uniquement des internes ayant passé 6 mois dans un service référent en oncologie. Une fois cette sélection faite, la répartition aléatoire en différents groupes permettait une homogénéité de connaissances et de niveau au sein des groupes. Ceux-ci étaient principalement composés d'internes en 3<sup>ème</sup> année (milieu de parcours), sauf pour le groupe 2, mais dont la présence de plus jeunes internes était équilibrée par 3 internes de 4<sup>ème</sup> année. Plus que l'ancienneté des internes et leur répartition au sein des groupes, c'est le choix de critère de sélection simples qui a permis de s'affranchir des différences d'expérience entre les participants. En effet, en prenant plutôt en compte des critères de détection que de diagnostic de certitude, et en donnant des directives précises aux participants avant interprétation, on a pu gommer les hétérogénéités entre les différents internes.

Inclure 6 internes par groupe peut sembler relativement peu, malgré le nombre élevé de lésions à détecter pour l'ensemble des dossiers, et il serait intéressant de réaliser ce genre d'étude avec des effectifs plus élevés pour s'affranchir d'un participant plus "faible". Cependant, cette hypothèse n'est pas vérifiée dans notre étude puisque les écart-type de résultats dans la détection de lésion par groupe étaient acceptables: Groupe 1 : [49 – 55]. Groupe 2 : [48 – 57]. Groupe 3 : [51-62].

Il est important de noter que les groupes 1 et 2 n'étaient pas au courant, au moment de leur séance d'interprétation, des méthodes de lecture rapide, des exercices à réaliser et des techniques de concentration dispensées au groupe 3.

Nous pouvons donc conclure que les différences de résultats obtenus, ne sont dues qu'aux différences de conditions de travail, toutes choses étant par ailleurs égales.

Sur ce point, il est intéressant de voir que le travail dans des conditions optimales n'a permis un taux de détection significativement plus élevé que lorsqu'il était associé aux méthodes de lecture rapide (84,8% pour le groupe 3 contre 77,4% pour le groupe 2). Nous pouvons effectuer un parallèle entre l'amélioration des taux de détection grâce à lecture efficace et l'amélioration, hors contexte médical, de la compréhension de lecture de textes déjà démontrée grâce à ces mêmes techniques. Les méthodes classiques de lecture efficace, en démontrant leur faisabilité et leur efficacité, semblent tout à fait transposables à la « lecture radiologique ».

Il était assez surprenant de voir que les conditions optimales de travail n'amélioraient pas significativement le nombre de lésions détectées. Nous pouvons nous demander si l'habitude des participants à travailler dans les conditions dites "dégradées" du groupe 1 ne leur permettait pas de compenser ces difficultés et de détecter le même nombre de lésions que le groupe 2 (77,4% pour le groupe 2 vs. 76,9% pour le groupe 1).

Une variable importante à prendre en compte est aussi la détection de lésion en excès (faux positifs). En effet, certains participants ont noté des lésions qui n'avaient pas été considérées suspectes par le référent sénior en oncologie. On peut penser qu'un trop grand nombre de lésions détectées en excès aurait tendance à affaiblir certains résultats, en particulier concernant la plus grande détection de lésions démontrée entre les groupes 3 et 1. En effet si les participants du groupe 3 avaient, en plus des lésions significatives, détecté un grand nombre de lésions non suspectes finalement, on pourrait douter de la spécificité de cette technique de détection. Or, en analysant les données brutes, on note que c'est le groupe 1 qui détecte plus de lésions en excès que le groupe 3 (78 vs. 50). On peut donc dire qu'il existe même une tendance à une moindre détection de lésions en excès pour le groupe 3.

Par ailleurs, entre ces groupes, le temps d'interprétation était significativement plus bas dans le groupe 2 par rapport aux autres groupes (141 minutes vs. 162 minutes), montrant un fort intérêt des conditions de travail optimales en terme d'efficacité. Le groupe 3 était aussi "lent" que le groupe 1 mais ceci était aussi très probablement dû aux différents temps de concentration, exercices et pauses nécessaires aux méthodes de lecture efficace.

Le groupe 3 a donc mis autant de temps que le groupe 1 (en comptant ces temps de concentration non radiologique) pour détecter significativement plus de lésions et avec moins de lésions détectées en excès.

De façon générale, on peut s'interroger sur les résultats définitifs, même les plus positifs (groupe 3) quant à la capacité de détection des lésions secondaires ou suspectes dans un bilan d'extension. En effet, même le groupe 3 le plus efficace, détecte 341 lésions sur 402 (84,8%). Ce chiffre peut sembler insuffisant, puisque près de 15% des lésions ne sont pas détectées. Il est à modérer par plusieurs éléments : tout d'abord des critères de détection lésionnelle très larges. Ces critères ont été édités selon les recommandations internationales de société d'organe pour s'affranchir des connaissances radiologiques de chacun des participants. En demandant, par exemple, de noter tous les ganglions de petit axe > 10mm, le risque était de noter beaucoup de lésions en excès, dont certaines sont au vu de leur aspect radiologique très certainement bénignes (ovalaire, centre graisseux, non nécrotique..) et n'ont pas été notées par les participants, du fait de leur "habitude" radiologique à ne pas considérer ces lésions comme suspectes. La détection des ganglions abdominaux a même tendance à diminuer dans les groupes 2 et 3 versus groupe 1 (60% puis 56,7% versus 76,6%). Certaines lésions cérébrales étaient millimétriques, forcément sujettes à une interprétation subjective, et prises "par excès" comme des lésions suspectes par le radiologue référent oncologique (scénario du pire cas).

Au final, beaucoup de ces lésions n'avaient pas d'influence sur la prise en charge thérapeutique, et leur non-détection n'avait que peu d'impact : par exemple dans le dossier 12, tous groupes confondus, les participants détectaient en moyenne 5,8 lésions sur les 8 notées par le référent. Hors ce dossier était composé de 8 lésions toutes intra-parenchymateuses cérébrales, allant de 1 à 13 mm . On peut assumer que la non détection de 2 à 3 lésions millimétriques ne changeait pas la prise en charge, ni le pronostic du patient.

IL faut aussi admettre que les participants n'étaient pas des spécialistes de l'imagerie oncologique, relativement jeunes, d'où des lésions parfois non détectées, possiblement par manque d'expérience en comparaison du radiologue référent.

Nos données confirment les travaux de Nagy *et al.* qui ont classés ces facteurs et édité des règles pour une meilleure qualité d'interprétation :

- Environnement : espace, éclairage (23)-(24), bruit (25);
- Équipement : consoles PACS (26), souris et clavier (27)-(28), reconnaissance vocale (29)-(30), téléphone (31);
- Ergonomie (32)-(33): elle doit être modifiable par chaque utilisateur ;
- Organisation du travail :
  - Pauses : un temps de travail sur ordinateur de 4 heures d'affilée augmente significativement le risque de fatigue oculaire (asthenopia) (34). Il est donc nécessaire de réaliser une pause oculaire en levant les yeux de l'ordinateur et regarder à une certaine distance (>12 mètres) au moins deux fois par heure (35) ou regarder à 6 m pendant 20 secondes toutes les 20 minutes. Certains auteurs ont bien démontré le bénéfice de ces « micro breaks » (36) avec une diminution des douleurs des poignets et du cou avec des pauses faites toutes les 20 minutes. De façon générale, on note plus d'erreurs chez les internes travaillant plus de 10 heures d'affilée (37).
- Facteurs personnels : humidification / lubrification des yeux si porteurs de lentilles de contact (38).

Cependant, tous ces résultats doivent aussi être interprétés à la lumière des avancées technologiques en matière d'Intelligence Artificielle.

Les techniques d'aide au diagnostic assistées par ordinateur sont un secteur de recherche majeur en radiologie depuis une vingtaine d'années. Notamment pour la détection de lésions oncologiques suspectes (39)-(40). Ces outils sont déjà parfois utilisés en pratique clinique pour la détection de nodule pulmonaire (41), de polype colique (42) ou de néoplasie mammaire en mammographie (43). Cependant, les taux de spécificité de ces logiciels sont souvent bas avec de nombreux faux positifs nécessitant une seconde lecture chronophage pour le radiologue. De plus, ils sont le plus souvent dédiés à un seul organe, ne pouvant donc pas être facilement intégrés dans un bilan d'extension global cérébro-thoraco-abdomino-pelvien. Ces outils sont donc le plus souvent pour des cas précis et isolés et ne peuvent être

systématiquement intégrés à l'interprétation radiologique. Le radiologue est par ailleurs celui qui endosse la totale responsabilité de l'interprétation.

Depuis quelques années, l'exploitation coordonnée de larges banques de données radiologique est à l'origine d'un tournant dans l'interprétation radiologique, en permettant le développement d'outils d'Intelligence Artificielle adaptés à la radiologie. Notamment concernant la détection et la caractérisation de lésions oncologiques. Ces outils basés sur des architectures algorithmiques de type "Réseau de Neurones Convolutionnels" (CNN), s'ils sont correctement créés, modifient complètement les techniques d'aide au diagnostic assistées par ordinateur, par leur reproductibilité, leur faculté d'auto-apprentissage, leur précision et leur temps d'analyse (de l'ordre de quelques secondes) (44). Masood *et al.* ont développé récemment un CNN dédié à la détection et la classification des nodules pulmonaires en incorporant dans l'algorithme des données cliniques (45). Ce support montre des résultats significativement supérieurs aux précédents outils d'aide diagnostic utilisés (84,6% versus 77,6%). Cependant les performances diagnostiques restent encore proches du groupe 3 de notre étude : 84,6% versus 84,8% dans le groupe 3 de notre étude et même 89,1% sur les lésions uniquement parenchymateuses pulmonaires. Certes, dans notre étude, aucune classification nodulaire n'était réalisée.

Une meilleure ergonomie des conditions de travail associée à des techniques de lecture efficace montrent une amélioration significative concernant les lésions pulmonaires, et relativement importante bien que non significative concernant les lésions cérébrales. On remarque que pour les lésions surrenaliennes, rénales ou pelviennes, il n'y a que peu d'amélioration du fait d'un pourcentage de détection déjà élevé pour le groupe 1. Cela montre que ces lésions, souvent uniques, avec un fort contraste avec les structures environnantes, avec une sémiologie bien démarquée des lésions bénignes, sont "facilement" visibles et ce même en conditions "dégradées".

Cette révolution technologique et numérique de l'Intelligence Artificielle sera globale dans et en dehors du contexte médical. En radiologie, où ces changements se développent de façon extrêmement rapide, il faut à notre sens, considérer ces outils comme une nouvelle révolution de nos techniques de travail comme l'a connu cette spécialité avec les développements de l'échographie, de la tomodensitométrie, de l'IRM, du numérique ou de la radiologie



interventionnelle. De nouveaux moyens diagnostiques permettant de répondre à la demande croissante des examens radiologiques et d'améliorer les performances de l'imagerie médicale, la plaçant toujours plus au centre de la prise en charge médicale. Cependant de nombreux outils d'IA s'intéressant à l'aide au diagnostic et à la prise de décision radiologique nécessitent encore un perfectionnement technique, une validation scientifique, et une mise en place logistique au sein des services d'imagerie médicale. De plus, il semble illusoire à ce stade de penser qu'un seul outil informatique puisse remplacer l'ensemble des diverses capacités, du « bon sens clinique » et des multiples missions du radiologue dans son activité quotidienne. Avant l'utilisation démocratisée de ces outils au sein de notre environnement de travail, le radiologue ne doit pas rester spectateur de ces avancées technologiques. En complément de son implication dans le développement de ces techniques et l'amélioration de leur pertinence médicale, le radiologue doit continuer à améliorer ses performances diagnostiques « propres » ou « humaines ». En effet, cela permettrait, en association avec l'aide diagnostique de l'IA, de devenir un « radiologue augmenté », en combinant des performances technologiques avancées à des qualités humaines toujours indispensables.

## **CONCLUSION :**

Notre étude montre que des conditions de travail optimales ainsi que des techniques de lecture rapide permettent d'améliorer les performances du radiologue en imagerie oncologique en augmentant sa sensibilité de détection des lésions et en réduisant son temps d'interprétation. Nous pensons donc, que parallèlement au progrès de l'IA, le radiologue en responsabilité peut lui aussi progresser en améliorant significativement ses conditions de travail et ses processus de lecture. C'est peut-être dans cette voie de "l'extended-intelligence", humaine et artificielle combinées, que se trouve le radiologue "augmenté" de demain, au plus grand bénéfice de nos patients.

## REMERCIEMENTS

- Tous les internes impliqués dans les 3 groupes d'interprétation : Pierre GACH, Jean-Bruno BANOS, Jean-François HAK, Charlotte SEILER, Maxime CASTELLI, Estelle PIPON, Robin NACCACHE, Alexandre ALLARY, Lisa CALDERON, Elodie SANTIAGO, François POULLAIN, François ARNAUD, Chloé DESMAISON, Justine MUGNIER, Rémi PEYRE, Camille TOUZERY.
- GEMS pour son support technique.

## REFERENCES :

1. Pinto A. Spectrum of diagnostic errors in radiology. *World Journal of Radiology*. 2010;2(10):377.
2. Leape LL. Error in medicine. *JAMA*. 1994 Dec 21;272(23):1851–7.
3. Kundel HL, Nodine CF, Carmody D. Visual scanning, pattern recognition and decision-making in pulmonary nodule detection. *Invest Radiol*. 1978 Jun;13(3):175–81.
4. Pitman A. Perceptual error and the culture of open disclosure in Australian radiology. *Australasian Radiology*. 2006 Jun;50(3):206–11.
5. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System* [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [cited 2018 Nov 12]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
6. Reiner BI, Krupinski E. The Insidious Problem of Fatigue in Medical Imaging Practice. *Journal of Digital Imaging*. 2012 Feb;25(1):3–6.
7. Blehm C, Vishnu S, Khattak A, Mitra S, Yee RW. Computer Vision Syndrome: A Review. *Survey of Ophthalmology*. 2005 May;50(3):253–62.
8. Vertinsky T, Forster B. Prevalence of eye strain among radiologists: influence of viewing variables on symptoms. *AJR Am J Roentgenol*. 2005 Feb;184(2):681–6.
9. Gaba DM, Howard SK. Fatigue among Clinicians and the Safety of Patients. *New England Journal of Medicine*. 2002 Oct 17;347(16):1249–55.
10. Nagy P, Siegel E, Hanson T, Kreiner L, Johnson K, Reiner B. PACS reading room design. *Semin Roentgenol*. 2003 Jul;38(3):244–55.
11. Castles A, Rastle K, Nation K. Ending the Reading Wars: Reading Acquisition From Novice to Expert. *Psychol Sci Public Interest*. 2018 Jun;19(1):5–51.
12. Rayner K, Schotter ER, Masson MEJ, Potter MC, Treiman R. So Much to Read, So Little Time: How Do We Read, and Can Speed Reading Help? *Psychol Sci Public Interest*. 2016 May;17(1):4–34.
13. Schmitt AJ, McCallum E, Hawkins RO, Stephenson E, Vicencio K. The effects of two assistive technologies on reading comprehension accuracy and rate. *Assist Technol*. 2018 Jan 25;1–11.
14. Primativo S, Spinelli D, Zoccolotti P, De Luca M, Martelli M. Perceptual and Cognitive Factors Imposing “Speed Limits” on Reading Rate: A Study with the Rapid Serial Visual Presentation. *PLoS ONE*. 2016;11(4):e0153786.

15. Suh JH, Videtic GMM, Aref AM, Germano I, Goldsmith BJ, Imperato JP, et al. ACR Appropriateness Criteria®: Single Brain Metastasis. *Current Problems in Cancer*. 2010 May;34(3):162–74.
16. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer*. 2009 Jan;45(2):228–47.
17. MacMahon H, Naidich DP, Goo JM, Lee KS, Leung ANC, Mayo JR, et al. Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. *Radiology*. 2017 Jul;284(1):228–43.
18. Legmann P. [Adrenal incidentaloma: management approaches: CT - MRI]. *J Radiol*. 2009 Mar;90(3 Pt 2):426–43.
19. Bosniak MA. The Bosniak Renal Cyst Classification: 25 Years Later. *Radiology*. 2012 Mar;262(3):781–5.
20. Jinzaki M, Silverman SG, Akita H, Mikami S, Oya M. Diagnosis of Renal Angiomyolipomas: Classic, Fat-Poor, and Epithelioid Types. *Semin Ultrasound CT MR*. 2017 Feb;38(1):37–46.
21. Caracciolo JT, Temple HT, Letson GD, Kransdorf MJ. A Modified Lodwick-Madewell Grading System for the Evaluation of Lytic Bone Lesions. *AJR Am J Roentgenol*. 2016 Jul;207(1):150–6.
22. Greenspan A, Steiner G, Knutzon R. Bone island (enostosis): clinical significance and radiologic and pathologic correlations. *Skeletal Radiol*. 1991;20(2):85–90.
23. Baxter B, Ravindra H, Normann RA. Changes in lesion detectability caused by light adaptation in retinal photoreceptors. *Invest Radiol*. 1982 Aug;17(4):394–401.
24. Goyal N, Jain N, Rachapalli V. Ergonomics in radiology. *Clinical Radiology*. 2009 Feb;64(2):119–26.
25. Siegel E, Reiner B, Abiri M, Chacko A, Morin R, Ro DW, et al. The filmless radiology reading room: a survey of established picture archiving and communication system sites. *J Digit Imaging*. 2000 May;13(2 Suppl 1):22–3.
26. Siddiqui KM, Chia S, Knight N, Siegel EL. Design and ergonomic considerations for the filmless environment. *J Am Coll Radiol*. 2006 Jun;3(6):456–67.
27. Epps BW. Comparison of Six Cursor Control Devices Based on Fitts' Law Models. *Proceedings of the Human Factors Society Annual Meeting*. 1986 Sep;30(4):327–31.
28. Rosenfeld F. *Guide pratique du travail sur écran*. INSERM; 2007.
29. Langer SG. Impact of speech recognition on radiologist productivity. *J Digit Imaging*. 2002 Dec;15(4):203–9.

30. de Korte EM, van Lingen P. The effect of speech recognition on working postures, productivity and the perception of user friendliness. *Appl Ergon.* 2006 May;37(3):341–7.
31. Balint BJ, Steenburg SD, Lin H, Shen C, Steele JL, Gunderman RB. Do telephone call interruptions have an impact on radiology resident diagnostic accuracy? *Acad Radiol.* 2014 Dec;21(12):1623–8.
32. Brynjarsdóttir H. Cornell Digital Reading Room Ergonomics Checklist. 2006.
33. Burgess-Limerick R, Plooy A, Ankrum DR. The effect of imposed and self-selected computer monitor height on posture and gaze angle. *Clin Biomech (Bristol, Avon).* 1998 Dec;13(8):584–92.
34. Sánchez-Román FR, Pérez-Lucio C, Juárez-Ruíz C, Vélez-Zamora NM, Jiménez-Villarruel M. [Risk factors for asthenopia among computer terminal operators]. *Salud Publica Mex.* 1996 Jun;38(3):189–96.
35. Cheu RA. Good vision at work. *Occup Health Saf.* 1998 Sep;67(9):20–4.
36. Mclean L, Tingley M, Scott RN, Rickards J. Computer terminal work and the benefit of microbreaks. *Appl Ergon.* 2001 Jun;32(3):225–37.
37. Ruutiainen AT, Durand DJ, Scanlon MH, Itri JN. Increased error rates in preliminary reports issued by radiology residents working more than 10 consecutive hours overnight. *Acad Radiol.* 2013 Mar;20(3):305–11.
38. Shimmura S, Shimazaki J, Tsubota K. Results of a population-based questionnaire on the symptoms and lifestyles associated with dry eye. *Cornea.* 1999 Jul;18(4):408–11.
39. Hammon M, Dankerl P, Tsymbal A, Wels M, Kelm M, May M, et al. Automatic detection of lytic and blastic thoracolumbar spine metastases on computed tomography. *Eur Radiol.* 2013 Jul;23(7):1862–70.
40. Burns JE, Yao J, Wiese TS, Muñoz HE, Jones EC, Summers RM. Automated detection of sclerotic metastases in the thoracolumbar spine at CT. *Radiology.* 2013 Jul;268(1):69–78.
41. Firmino M, Morais AH, Mendonça RM, Dantas MR, Hekis HR, Valentim R. Computer-aided detection system for lung cancer in computed tomography scans: review and future prospects. *Biomed Eng Online.* 2014 Apr 8;13:41.
42. van Ravesteijn VF, van Wijk C, Vos FM, Truyen R, Peters JF, Stoker J, et al. Computer-aided detection of polyps in CT colonography using logistic regression. *IEEE Trans Med Imaging.* 2010 Jan;29(1):120–31.
43. Cheng H, Zhao S, Jiang S, Lu M, Yan C, Ling J, et al. Comparison of cardiac magnetic resonance imaging features of isolated left ventricular non-compaction in adults versus dilated cardiomyopathy in adults. *Clinical Radiology.* 2011 Sep;66(9):853–60.

44. Roth HR, Lu L, Liu J, Yao J, Seff A, Cherry K, et al. Improving Computer-Aided Detection Using Convolutional Neural Networks and Random View Aggregation. *IEEE Trans Med Imaging*. 2016;35(5):1170–81.
45. Masood A, Sheng B, Li P, Hou X, Wei X, Qin J, et al. Computer-Assisted Decision Support System in Pulmonary Cancer detection and stage classification on CT images. *J Biomed Inform*. 2018 Mar;79:117–28.

## **PARTIE 2**

### **Original Research and Technical Development**

**BEFORE A.I. : HOW CAN ENHANCED ERGONOMY AND FAST-READING  
TECHNIQUES IMPROVE HUMAN DIAGNOSTIC EFFICIENCY IN  
ONCOLOGIC IMAGING ?**

**Submitted to Radiology AI on march 20<sup>th</sup> 2019**



# **BEFORE A.I. : HOW CAN ENHANCED ERGONOMY AND FAST-READING TECHNIQUES IMPROVE HUMAN DIAGNOSTIC EFFICIENCY IN ONCOLOGIC IMAGING ?**

## **Original Research and Technical Development**

**Axel Bartoli <sup>(1, 2)</sup> MD, Nicolas Lisiak <sup>(3)</sup>, Julien Mancini <sup>(4)</sup>, Mathias Illy <sup>(1, 2)</sup>, Thomas Laurendon <sup>(1, 2)</sup>, Vincent Vidal <sup>(1, 2)</sup>, Guillaume Gorincour <sup>(2)</sup>.**

**(1) Department of Radiology, Hôpital de la TIMONE, 264, rue Saint-Pierre, 13385, Marseille Cedex 05, France.**

**(2) Aix-Marseille University - Laboratoire d'Imagerie Interventionnelle Expérimentale (LiiE), Unité de Recherche EA 4264, Faculté de Médecine de Marseille CERIMED, 27, boulevard Jean Moulin, 13005 MARSEILLE.**

**(3) Fast-reading Consultant, 2017 World Vice-Champion in Fast-Reading, ZIELONA GORA, Poland**

**(4) Department of Biostatistics, Hôpital de la TIMONE, 264, rue Saint-Pierre, 13385, Marseille Cedex 05, France.**

**Corresponding Author : Axel Bartoli, MD**

**Adresse : 264, rue Saint Pierre, 13385 Marseille Cedex 05 , FRANCE**

**Tel : (+33) 6.64.53.16.82**

**Mail : [axel.bartoli@ap-hm.fr](mailto:axel.bartoli@ap-hm.fr)**

**Nicolas Lisiak : [nicolas.lisiak@gmail.com](mailto:nicolas.lisiak@gmail.com)**

**Julien Mancini : [julien.mancini@ap-hm.fr](mailto:julien.mancini@ap-hm.fr)**

**Mathias Illy : [mathias.illy@ap-hm.fr](mailto:mathias.illy@ap-hm.fr)**

**Thomas Laurendon : [thomas.laurendon@ap-hm.fr](mailto:thomas.laurendon@ap-hm.fr)**

**Vincent Vidal : [vincent.vidal@ap-hm.fr](mailto:vincent.vidal@ap-hm.fr)**

**Guillaume Gorincour : [guillaume.gorincour@gmail.com](mailto:guillaume.gorincour@gmail.com)**

**Abstract word count: 248 / Main body word count (Introduction to Discussion): 2949**

# **BEFORE A.I. : HOW CAN ENHANCED ERGONOMY AND FAST-READING TECHNIQUES IMPROVE HUMAN DIAGNOSTIC EFFICIENCY IN ONCOLOGIC IMAGING ?**

## **Original Research and Technical Development**

### **Summary Statement:**

- Radiologists can improve certain detection capabilities by adapting working conditions and reading processes and AI development should first focus on tasks where human improvement seems to be limited.

### **Key Points:**

- Upgraded ergonomic conditions decrease the duration of oncologic CT exam interpretation for an equal detection rate.
- Fast-reading techniques in upgraded ergonomic conditions improve detection sensitivity of oncologic lesions on CT scan, specially pulmonary nodules.

## **ABSTRACT :**

### **PURPOSE :**

The main cause of error in oncological imaging is the failure to detect lesions. At the time of dramatic improvements in Artificial Intelligence in Radiology, the main objective was to compare the effectiveness in the detection of suspicious lesions by radiologists of the same experience submitted to different controlled working conditions.

### **MATERIEL and METHODS :**

CT-scans were selected and read by a senior radiologist to produce a “gold-standard” interpretation based on international recommendations.

Radiological residents read the scan and noted the lesions on a standardized chart.

They were randomly assigned in three groups : group 1 worked in usual reading-room conditions, group 2 had upgraded ergonomic conditions, group 3 had additional specific training in “fast and effective reading”.

The detection sensitivity in each group compared to Gold Standard report was collected. The duration of the interpretation sessions was also noted.

### **RESULTS :**

A total of thirteen CTs were included, for which gold standard identified 67 lesions to be detected. Eighteen residents were assigned in three groups of 6. For each group, participants had 67 x 6 (402) lesions to detect.

The overall detection sensitivity was higher in group 3 vs. group 1 (91,2% versus 84,2%,  $p=0,005$ ) and for group 3 vs. group 2 (91,2% versus 85,4%,  $p=0,036$ ). The duration was shorter in group 2 compared to group 1 (141 mins versus 162 mins,  $p=0,036$ ).

### **CONCLUSION :**

Alongside the progress of AI, radiologists can also significantly improve their detection capabilities by adapting working conditions and reading processes.

## **INTRODUCTION :**

Diagnostic errors in medicine in general and in radiology in particular are a major public health issue. The causes of errors during the interpretation of radiological examinations are multiple (1) - (2) in particular: defective or excessive detection, wrong interpretation, inadequate proposal (choice of the subsequent clinical or radiological step), misunderstanding of the radiological findings by the referring physician.

In oncological imaging, the main cause of error is failure to detect lesions (3). Indeed, during radiological follow-up, the initial tumoral histology is most often known, making the detection of other lesions essential to evaluate extension.

The non-detection of lesions in an extension assessment leads to significant loss for the patients. With equivalent clinico-radiological experience, these errors are rather influenced by so-called "psychophysiological" factors (4) : Fatigue (5) - (6), visual (7) - (8), psychic and musculoskeletal, continuous working time on computer(9), distraction. These factors depend on the conditions and the working environment and can be modified. Several authors already enacted on this useful rules for optimal radiological interpretation, in a state of appropriate concentration(10). These factors were studied separately to show that they cause fatigue, stress and lower productivity, but the authors did not search for the error rate in radiological interpretation that these different working conditions could lead to.

For several years, we have also seen the emergence, in non-medical fields, of concentration techniques allowing "fast and effective reading" (11). These techniques include advice on body management (breaks, hydration ..), preparatory exercises allowing the entry into a state of optimal concentration, exercises to increase brain plasticity in particular on brain coordination. They have shown their effectiveness (12) - (13) in particular to increase the number of words read per unit of time (14), with at least the same understanding of the text. At the time of dramatic improvements in Artificial Intelligence in Radiology, it seemed interesting to evaluate the contribution of these techniques to the human reading of radiological examinations.

Our main objective was therefore to compare, in oncological imaging, the effectiveness in the detection of suspicious lesions by radiologists of the same experience submitted to controlled

and different working conditions. The secondary objectives were to evaluate the interpretation time of these different groups of radiologists and to evaluate the contribution of rapid reading techniques applied to the field of radiology.

## **MATERIAL and METHODS :**

### **Imaging data**

Several CT examinations were selected. They included cerebral, abdominopelvic, thoracoabdominopelvic or cerebro-thoracoabdominopelvic scans performed as part of a first imaging assessment at the time of patients entry into oncological disease.

They were initially read by a senior oncology radiologist (20 years of experience). This interpretation led to the production of a "Gold-standard" results grid in which all the lesions classified objectively as suspicious according to international recommendations were noted. This concerned all the certainly malignant lesions but also those not characterizable but requiring follow-up, specialized expertise or other complementary examinations. If these were finally benign after further examination, follow-up or expertise, the goal was fulfilled since the lesion was not initially missed.

Were considered to be detected:

- for the brain : any intra-parenchymal enhancement or thrombosis of a venous sinus (15) ;

- for the lymph nodes : any formation of more than 10 mm of small diameter (16);
- for the lungs : any nodule with the exception of nodules formally benign i.e. fat content (-120UH, -40UH), related to an arteriovenous fistula (converging vessels) or with "benign" calcifications (global , in popcorn, lamellar or central) (17);

- for the liver : any intrahepatic lesion that did not meet the criteria of simple cyst (pure fluid, no walls, no enhancement). Regarding the other lesions, the probability of angioma or UFH exists, but they are not always recognizable on the extension exams alone and most often require a thorough multiphase examination. These lesions must therefore be noted;

- for the adrenals : any adrenal lesion that did not meet the criteria for myelolipoma (predominantly -30HU fatty areas) or simple cyst (strictly fluid / thin walls / not enhanced) or any lesion greater than 4 cm (18);

- for the kidneys : any cystic lesion that did not meet the type I and II of Bosniak classification criteria (19). For solid lesions, any solid formation that did not meet the typical angiomyolipoma criteria (macroscopic <-15UH ranges, without necrosis and calcification) (20) ;

- for the peritoneum : any nodule was suspected of secondary location
- for the bones : for lytic lesions, any bone lysis whatever the classification of Lödwick (21), with the exception of periarticular geodes. For condensing lesions, any condensing lesion except benign condensing islets (homogeneous condensation, without associated lysis, round or oblong, parallel to the cortical bone in the axis of the bone trabeculae between 1 mm and 2 cm (22), and degenerative periarticular osteocondensations

In addition, any cystic or solid pancreatic lesion, suspicious digestive thickening, doubtful appearance of peritoneal carcinomatosis with abnormal infiltration of peritoneal leaflets and any serous effusion were noted.

### **Interpretation data**

Radiology residents who volunteered for the study were randomly divided into 3 groups. These residents were all between the second and fifth year of the French internship in radiology and had all spent at least 1 and a half years in radiological rotations (including at least 6 months in oncology imaging). None had been specifically over-trained in oncology imaging. Each resident had to interpret all the selected exams, within a single individual session.

Each resident had a personal 3-screen workstation. He had first to visualize a slideshow explaining the method for recording the results as well as a reminder of the lesions to be identified according to the above-mentioned recommendations.

Each examination was accompanied by an explanatory sheet explaining the indication for the examination, the type of neoplasia, the treatments possibly received and the lesions known on previous examinations, and therefore not to be noted (Fig.1).

During the interpretations, each resident did not carry out a report but noted on a blank standardized reading chart the lesions found. (Fig. 2)

The principal investigator of the study noted the beginning and end time of the sessions, without the participants being aware of this parameter being recorded.

### **Interpretation conditions**

Regarding group 1, the interpretation sessions were held over 2 days, on workstations set up in the department's common interpretation room, in usual working conditions (frequent telephone calls, conversations, questions from the technologists etc.). The ergonomic conditions were also "standard": no particular advice on the position, the brightness etc.

Residents within group 2 interpreted alone in isolated rooms, without humans or telephone calls interrupting their session.

Eventually, residents of group 3 were in the same conditions as group 2, but additionally benefited from specific training, provided by a professional worker in memory and concentration. This 2-hour training focused on techniques to increase ability to concentrate, how to organize interpretation time, and when to take breaks. After this training, the participants interpreted alone, the same day or the day after the training.

### **Statistical analysis**

To reach statistical significance, the total numbers of lesions included was calculated as at least 400 for each group. The total duration of interpretation of the exams was available for each participant. The mean duration was calculated for each group and compared using Mann-Whitney tests.

For each exam the sensitivity (% of lesions correctly identified) and the number of lesions identified in excess was collected. In order to take into account the correlated structure of the data (each intern rated the same exams) we used a linear mixed model for estimation of the sensitivity and pairwise comparison of groups.

All statistical analyses were two-tailed and considered statistically significant when  $p\text{-value} < 0.05$ . They were performed using IBM SPSS Statistics 20.0 (IBM Inc., New York, USA).



## RESULTS :

A total of thirteen CTs were included in the investigation of melanoma (n = 7), bronchopulmonary neoplasia (n = 5) and uterine leiomyosarcoma (n = 1).

The gold standard reading of the 13 examinations identified 67 lesions to be detected: 18 brain lesions, 29 thoracic lesions (3 lymphatic nodes and 26 parenchymatous), 14 abdominal lesions (3 hepatic, 4 adrenal, 1 renal, 5 ganglionic, 1 pelvic mass), 4 bone lesions and 2 subcutaneous lesions.

Eighteen residents were randomly assigned to one of the 3 defined groups. Their distribution in each group according to their year of internship is shown in Figure 3.

For each group, there were 67 x 6 lesions to detect i.e. 402 lesions. The lesions were distributed by organ as shown in Table 1.

The data concerning the detection rates, globally and by lesion type, for each group, as well as the interpretation times, are given in Tables 2 and 3.

Accounting for the correlated structure of the data, the overall estimated sensitivity was higher in group 3 compared to group 1 (p=0.013) and 2 (p=0.037). There were no differences between group 1 and 2 (p=0.680).

The duration of session in group 2 was shorter compared to group 1 (p = 0.036) There was no difference between group 1 and 3 (p = 0.810).

These results showed a significant difference in detection sensitivity for pulmonary parenchymal lesions for group 3 vs. group 1 (p = 0.005) and for group 3 vs. group 2 (p = 0.034).

## **DISCUSSION :**

Our study confirms the impact of working conditions and environment on radiological interpretation results, particularly in oncology. This is the first study examining the impact of rapid reading techniques on medical skills in general and radiological skills specifically.

The main bias to be avoided in this type of study is the knowledge level of the participants, which must be homogeneous. Thus we decided to exclude beginning residents and to include those having spent 6 months in a specific oncology imaging department. Once this selection made, random assignment into the 3 groups allowed knowledge homogeneity. Besides, simple selection criteria made it possible to overcome the differences of experience between the participants. Indeed, by taking into account strict detection criteria rather than diagnosis of certainty, and by giving precise interpretation instructions, it was possible to blur heterogeneities.

Including 6 residents per group may seem relatively small, despite the high number of lesions to be detected, and it would be interesting to carry out this type of study with a higher numbers of readers. However, this hypothesis is not confirmed in our study since the standard deviations of results in lesion detection by group were acceptable: Group 1: [49-55]. Group 2: [48-57]. Group 3: [51-62].

It is important to note that groups 1 and 2 were not aware, at the time of their interpretation session, of rapid reading methods and concentration techniques given to group 3.

We can therefore conclude that the differences in results obtained were only due to differences in working conditions, all things being equal.

Furthermore, it is interesting to see that working in optimal conditions did not allow a significantly higher detection rate than when it was associated with fast reading methods (84.8% for group 3 versus 77, 4% for group 2). We can draw a parallel between improved detection rates through effective reading and the improvement, outside the medical context, of the reading comprehension already demonstrated by these same techniques (23) (24). The classical methods of efficient reading, by demonstrating their feasibility and efficiency, seem quite transferable to radiological reading.

It was quite surprising to see that the optimal working conditions did not significantly improve the number of lesions detected. We can wonder whether the participants' habit of working in

the so-called "degraded" conditions of group 1 did not enable them to cope with these difficulties and to detect the same number of lesions as group 2 (77.4% for the group). 2 vs. 76.9% for group 1).

An important variable to take into account is also the excessive detection of lesions (false positives). Indeed, some participants identified lesions that were not considered suspect by the senior "gold-standard" radiologist. It may tend to weaken our results, particularly with regard to the difference of lesions demonstrated between groups 3 and 1. Indeed, if group 3 participants had, in addition to significant lesions, detected a large number of non-suspect lesions, one could question the specificity of our detection protocol. However, by analyzing the raw data, group 1 detected more false positive lesions than group 3 (78 vs. 50). It can therefore be said that there is even a tendency for lower false positive lesions for group 3. Moreover, between these groups, interpretation time was significantly lower in group 2 compared to other groups (141 minutes vs. 162 mins), showing a strong interest in optimal working conditions in terms of efficiency. Group 3 was as "slow" as Group 1 but this was also most likely due to the different concentration times, exercises and breaks required for effective reading methods. Group 3 therefore took as long as Group 1 (counting these non-radiological concentration times) to detect significantly more lesions and with fewer false positive lesions.

Group 3 eventually detected 341 lesions out of 402 (84.8%). This may seem insufficient, since nearly 15% of lesions were not detected. It is to be moderated by several elements. First of all, we defined very wide detection criteria. These criteria were defined according to international recommendations to overcome the heterogeneous radiological knowledge of the participants. Asking, for example, to note all the ganglia of small axis > 10mm, the risk was to note too many lesions, some of which are in view of their radiological aspect certainly benign (oval, fat center, non-necrotic ..) and were not noted by the participants, because of their radiological "habit" not to consider these lesions as suspicious. Detection of the abdominal ganglia even tends to decrease in groups 2 and 3 versus group 1 (60% then 56.7% versus 76.6%). Some cerebral lesions were millimetric, necessarily prone to subjective interpretation, and to be taken "excessively" as suspicious lesions by the oncological referral radiologist (worst-case scenario). In the end, many of these lesions had no influence on the

therapeutic management, and their non-detection had little impact: for example in patient 12, all groups combined, the participants detected on average 5.8 lesions out of the 8 noted by the referent. This patient radiological profile was composed of 8 brain lesions, ranging from 1 to 13 mm in size. It can be assumed that the non-detection of 2 to 3 millimetric lesions did not change the management or the prognosis of the patient.

It must also be admitted that the participants were not specialists in oncology imaging, relatively young, resulting in lesions sometimes undetected, possibly due to lack of experience compared to the reference radiologist.

Our data confirm the work of Nagy et al., who have classified these factors and edited rules for a better quality of interpretation:

- Environment : space, lightning, noise;
- Equipment : PACS workstations, mouse and keyboard, speech recognition, telephone;
- Ergonomics;
- Work organization :
  - o Breaks: a computer work time of 4 hours in a row significantly increases the risk of eye strain. It is therefore necessary to take an eye break by looking up from the computer and looking at a distance (> 12 meters) at least twice an hour or watch at 6 meters for 20 seconds every 20 minutes. Some authors have well demonstrated the benefit of these "microbreaks". In general, there are more errors among interns working more than 10 hours in a row.
- Personal factors: eyes lubrication if contact lens wearers.

However, all these results must also be interpreted in the light of technological advances in Artificial Intelligence. Computer assisted diagnosis techniques have been a major area of research in radiology for about twenty years, especially for the detection of suspicious oncological lesions (25) - (26). These tools are already used in clinical practice for the detection of pulmonary nodules (27), colonic polyps (28) or breast neoplasias (29). Nevertheless, the specificity rates of these softwares are often low with many false positives requiring a second time-consuming reading by radiologists. In addition, they are most often dedicated to a single organ, so they can't be easily integrated into an overall assessment of cerebrovascular thoraco-abdominopelvic CT scans. The radiologist is also the one who takes full responsibility

for the interpretation. In recent years, the coordinated exploitation of large radiological data banks has led to a turning point in radiological interpretation. These tools are based on algorithmic architectures of "Network of Convolutional Neurons" (CNN) type. They could completely modify the techniques of computer-assisted diagnosis, by their reproducibility, their faculty of self-learning, their precision and their analysis time (around a few seconds) (30). Masood et al. have recently developed a CNN dedicated to the detection and classification of pulmonary nodules by incorporating clinical data into the algorithm (31). Their results are significantly higher than the previous diagnostic assistance tools used (84.6% versus 77.6%). However, the diagnostic performance is still close to group 3 of our study: 84.6% versus 84.8% in group 3 of our study and even 89.1% specifically on parenchymatous lung lesions.

Indeed, better ergonomics of working conditions associated with effective reading techniques show in our study a significant improvement in the detection of pulmonary lesions, and relatively significant in brain lesions. It is noteworthy that for adrenal, renal or pelvic lesions, there is little improvement because of an already high detection rate for group 1. This shows that these lesions, often unique, with a strong contrast with the surrounding structures, with well-marked benign characteristics, are "easily" visible even in "degraded" conditions.

## **CONCLUSION :**

What our study shows is that, alongside the progress of AI, radiologists can also significantly improve their detection capabilities by adapting working conditions and reading processes. It is perhaps in this path towards "extended intelligence", i.e. human and artificial combined, that will appear the "augmented" radiologist of tomorrow, for the greater benefit of our patients.

## **ACKNOWLEDGMENTS**

Authors would like to thanks :

- Residents who participated to this study.

## REFERENCES :

1. Pinto A. Spectrum of diagnostic errors in radiology. *World Journal of Radiology*. 2010;2(10):377.
2. Leape LL. Error in medicine. *JAMA*. 1994 Dec 21;272(23):1851–7.
3. Kundel HL, Nodine CF, Carmody D. Visual scanning, pattern recognition and decision-making in pulmonary nodule detection. *Invest Radiol*. 1978 Jun;13(3):175–81.
4. Pitman A. Perceptual error and the culture of open disclosure in Australian radiology. *Australasian Radiology*. 2006 Jun;50(3):206–11.
5. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System* [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [cited 2018 Nov 12]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
6. Reiner BI, Krupinski E. The Insidious Problem of Fatigue in Medical Imaging Practice. *Journal of Digital Imaging*. 2012 Feb;25(1):3–6.
7. Blehm C, Vishnu S, Khattak A, Mitra S, Yee RW. Computer Vision Syndrome: A Review. *Survey of Ophthalmology*. 2005 May;50(3):253–62.
8. Vertinsky T, Forster B. Prevalence of eye strain among radiologists: influence of viewing variables on symptoms. *AJR Am J Roentgenol*. 2005 Feb;184(2):681–6.
9. Gaba DM, Howard SK. Fatigue among Clinicians and the Safety of Patients. *New England Journal of Medicine*. 2002 Oct 17;347(16):1249–55.
10. Nagy P, Siegel E, Hanson T, Kreiner L, Johnson K, Reiner B. PACS reading room design. *Semin Roentgenol*. 2003 Jul;38(3):244–55.
11. Castles A, Rastle K, Nation K. Ending the Reading Wars: Reading Acquisition From Novice to Expert. *Psychol Sci Public Interest*. 2018 Jun;19(1):5–51.
12. Rayner K, Schotter ER, Masson MEJ, Potter MC, Treiman R. So Much to Read, So Little Time: How Do We Read, and Can Speed Reading Help? *Psychol Sci Public Interest*. 2016 May;17(1):4–34.
13. Schmitt AJ, McCallum E, Hawkins RO, Stephenson E, Vicencio K. The effects of two assistive technologies on reading comprehension accuracy and rate. *Assist Technol*. 2018 Jan 25;1–11.
14. Primativo S, Spinelli D, Zoccolotti P, De Luca M, Martelli M. Perceptual and Cognitive Factors Imposing “Speed Limits” on Reading Rate: A Study with the Rapid Serial Visual Presentation. *PLoS ONE*. 2016;11(4):e0153786.

15. Suh JH, Videtic GMM, Aref AM, Germano I, Goldsmith BJ, Imperato JP, et al. ACR Appropriateness Criteria®: Single Brain Metastasis. *Current Problems in Cancer*. 2010 May;34(3):162–74.
16. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer*. 2009 Jan;45(2):228–47.
17. MacMahon H, Naidich DP, Goo JM, Lee KS, Leung ANC, Mayo JR, et al. Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. *Radiology*. 2017 Jul;284(1):228–43.
18. Legmann P. [Adrenal incidentaloma: management approaches: CT - MRI]. *J Radiol*. 2009 Mar;90(3 Pt 2):426–43.
19. Bosniak MA. The Bosniak Renal Cyst Classification: 25 Years Later. *Radiology*. 2012 Mar;262(3):781–5.
20. Jinzaki M, Silverman SG, Akita H, Mikami S, Oya M. Diagnosis of Renal Angiomyolipomas: Classic, Fat-Poor, and Epithelioid Types. *Semin Ultrasound CT MR*. 2017 Feb;38(1):37–46.
21. Caracciolo JT, Temple HT, Letson GD, Kransdorf MJ. A Modified Lodwick-Madewell Grading System for the Evaluation of Lytic Bone Lesions. *AJR Am J Roentgenol*. 2016 Jul;207(1):150–6.
22. Greenspan A, Steiner G, Knutzon R. Bone island (enostosis): clinical significance and radiologic and pathologic correlations. *Skeletal Radiol*. 1991;20(2):85–90.
23. Perrin J-L, Paillé D, Baccino T. A new sentence generator providing material for maximum reading speed measurement. *Behav Res Methods*. 2015 Dec;47(4):1055–64.
24. Yu D, Legge GE, Wagoner G, Chung STL. Training peripheral vision to read: Boosting the speed of letter processing. *Vision Res*. 2017 Jul 19;
25. Hammon M, Dankerl P, Tsymbal A, Wels M, Kelm M, May M, et al. Automatic detection of lytic and blastic thoracolumbar spine metastases on computed tomography. *Eur Radiol*. 2013 Jul;23(7):1862–70.
26. Burns JE, Yao J, Wiese TS, Muñoz HE, Jones EC, Summers RM. Automated detection of sclerotic metastases in the thoracolumbar spine at CT. *Radiology*. 2013 Jul;268(1):69–78.
27. Firmino M, Morais AH, Mendonça RM, Dantas MR, Hekis HR, Valentim R. Computer-aided detection system for lung cancer in computed tomography scans: review and future prospects. *Biomed Eng Online*. 2014 Apr 8;13:41.
28. van Ravesteijn VF, van Wijk C, Vos FM, Truyen R, Peters JF, Stoker J, et al. Computer-aided detection of polyps in CT colonography using logistic regression. *IEEE Trans Med Imaging*. 2010 Jan;29(1):120–31.



29. Li G, Liu H, Cheng J. [Computer aided diagnosis of calcifications in mammograms]. *Sheng Wu Yi Xue Gong Cheng Xue Za Zhi*. 2011 Feb;28(1):170–4.
30. Roth HR, Lu L, Liu J, Yao J, Seff A, Cherry K, et al. Improving Computer-Aided Detection Using Convolutional Neural Networks and Random View Aggregation. *IEEE Trans Med Imaging*. 2016;35(5):1170–81.
31. Masood A, Sheng B, Li P, Hou X, Wei X, Qin J, et al. Computer-Assisted Decision Support System in Pulmonary Cancer detection and stage classification on CT images. *J Biomed Inform*. 2018 Mar;79:117–28.

## FIGURES :

### EXAM NUMBER 1

Patient : M. L .

Brain and Chest-abdomino-pelvic CT scan (10/14/2015)

Indication : thoracic melanoma Breslow 3mm. First extension work-up.

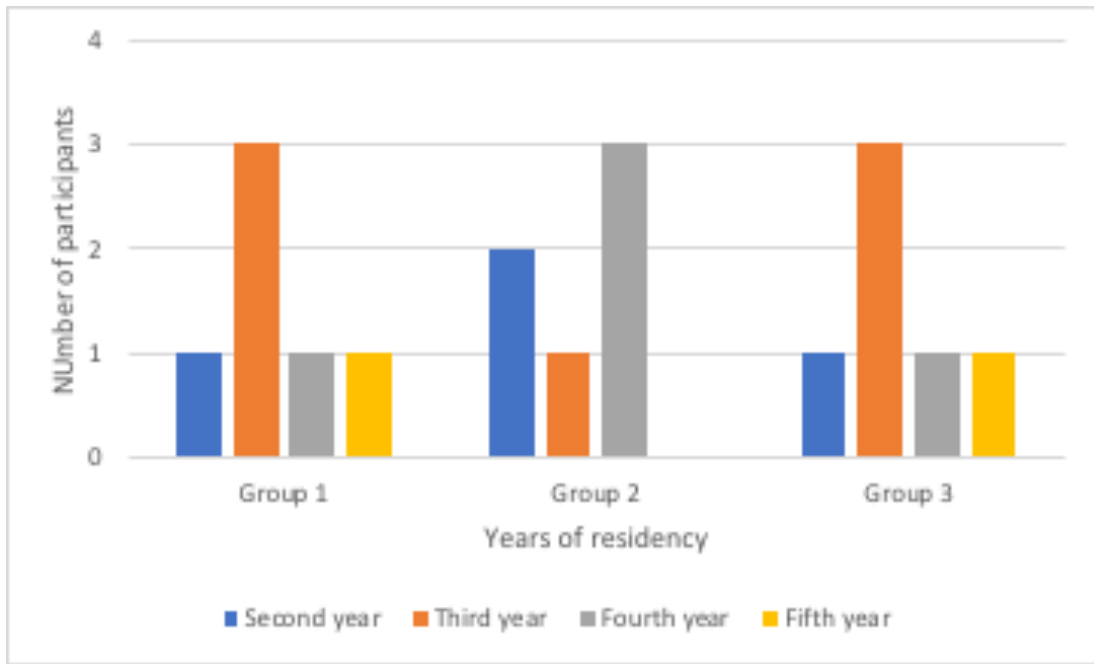
#### Disease history / known lesions :

- Pulmonary adenocarcinoma treated with right inferior lobectomy ( 1994)
- Latest CT scan (2 years ago) :
  - o Aortic abdominal aneurysm
  - o Bilateral stenosis of the intern carotid arteries
  - o Pulmonary emphysema
  - o A non suspect lymphatic node in the cardio-phrenic area (7mm)
  - o Benign prostatic hypertrophy

**Figure 1: Example of examination explanatory sheet : Indication, disease history, treatments, benign known lesions**

READING CHART	EXAM NUMBER 1		
<b>BRAIN:</b>			<b>ABDOMEN:</b>
	Right Hemisphere		Liver:
	Left Hemisphere		- right lobe
	Posterior fossa		- left lobe
	Venous sinuses		- caudate lobe
			- portal venous thrombosis
<b>CERVICAL NODES:</b>			Hepatic duct thickening
	Aera 1		Right kidney
	Aera 2/3/4		Left kidney
	Aera 6		Right adrenal gland
	Aera 5		Left adrenal gland
<b>CHEST:</b>			Spleen
	Right upper lobe		<b>Nodules:</b>
	Middle lobe		- retroperitoneal
	Right lower lobe		- intestinal
	Left upper lobe		- iliac
	Left lower lobe		Peritoneal effusion
	Mediastinal lymph node		Peritoneal carcinomatosis
	Right hilar lymph node		Pancreas
	Left hilar lymph node		Suspicious digestive thickening
	Right axillar lymph node		Suspicious pelvic mass
	Left axillar lymph node		Bladder thickening
	Pulmonary embolism		
	Pleuritis / Pericarditis		
<b>SUB-CUTANEOUS</b>			<b>INGUINAL</b>
	Nodules		Lymph node
	- thoracic		
	- abdomen		<b>BONE</b>
	- inguinal		Spine
			Pelvic girdle
			Ribs
			Other
<b>LESION TOTAL =</b>			

Figure 2: Example of standardized reading chart



**Figure 3: Resident distribution within the three groups depending on their year of internship.**

**TABLES :**

	Exam 1	Exam 2	Exam 3	Exam 4	Exam 5	Exam 6	Exam 7	Exam 8	Exam 9	Exam 10	Exam 11	Exam 12	Exam 13	/PARTICIPANT	/GROUP	
BRAIN :	4	1	1					3				8	1	18	108	
CERVICAL NODES :														0	0	
CHEST :														29	174	
LYMPH NODES				2			1							3	18	
PULMONARY NODULES	1	4	4	2	8	2	3				1		1	26	156	
PULMONARY EMBOLISM														0	0	
ABDOMEN :														14	84	
LIVER						1							2	3	18	
HEPATIC DUCT														0	0	
ADRENAL GLAND		1	1	1						1				4	24	
KIDNEY											1			1	6	
SPLEEN														0	0	
LYMPH NODES		1				3			1					5	30	
CARCINOSIS														0	0	
DIGESTIVE TRACT														0	0	
PANCREAS														0	0	
PELVIC MASS									1					1	6	
BLADDER														0	0	
INGUINAL														0	0	
BONE		1		1		1				1				4	24	
SUBCUTANEOUS		1					1							2	12	
OTHER														0	0	
<b>TOTAL</b>		5	9	6	6	8	7	5	3	2	2	2	8	4	67	402

**Table 1. Lesions to be detected : distribution for each examination and organ.**

	Group		
	1	2	3
N (%) of lesions correctly identified	309 (76.9%)	311 (77.4%)	341 (84.8%)
Sensitivity (95% CI)*	84.2% (80.4% to 88.1%)	85.4% (81.5% to 89.2%)	91.2% (87.3% to 95.0%)
N (%) of lesions identified in excess	78	98	50
Duration of interpretation (minutes), median [range]	162 [144 - 190]	141 [130 - 168]	162 [135 - 185]

\* *Marginal means estimated using a linear mixed model.*

**Table 2. Sensitivity and duration of interpretations in the different groups.**

	Group		
	1	2	3
	Average detection	Average detection	Average detection
BRAIN :	80,6%	81,5%	89,8%
CHEST :	<b>74,7%</b>	<b>79,9%</b>	<b>90,2%</b>
- <i>Lymph nodes</i>	83,3%	94,4%	100,0%
- <i>Pulmonary nodules</i>	<b>73,7%</b>	<b>78,2%</b>	<b>89,1%</b>
ABDOMEN :	83,3%	78,6%	78,6%
- <i>Liver</i>	72,2%	77,8%	72,2%
- <i>Adrenal gland</i>	95,8%	95,8%	100,0%
- <i>Kidney</i>	83,3%	83,3%	100,0%
- <i>Abdominal lymph nodes</i>	76,7%	60,0%	56,7%
- <i>Pelvic mass</i>	100,0%	100,0%	100,0%
BONE :	70,8%	54,2%	66,7%
SUBCUTANEOUS :	41,7%	41,7%	41,7%

**Table 3. Average detection sensitivity by organ type.  
In bold characters, significant differences**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.





## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## **RÉSUMÉ :**

### **INTRODUCTION:**

La principale cause d'erreur en imagerie oncologique est l'échec de détection d'une lésion. A l'heure du développement des techniques d'Intelligence Artificielle (IA) en Radiologie, l'objectif était de comparer les capacités de détection de lésions suspectes par des radiologues de même expérience soumis à différentes conditions d'interprétation et bénéficiant d'une formation en « lecture rapide ».

### **MATERIEL ET METHODES :**

Des examens tomodensitométriques oncologiques étaient sélectionnés et interprétés par un radiologue sénior produisant un compte-rendu "Gold-Standard" selon les recommandations internationales. Des internes de radiologie interprétaient ces examens et notaient les lésions sur une grille standardisée. Ils étaient randomisés en 3 groupes: groupe 1 dans des conditions d'interprétation standard, groupe 2 dans des conditions ergonomiques améliorées, le groupe 3 bénéficiait en plus d'une formation spécifique en « lecture rapide et efficace ».

La sensibilité de détection de chaque groupe comparée au Gold-Standard et la durée moyenne des séances d'interprétation étaient évaluées.

### **RESULTATS :**

Au total, 13 examens tomodensitométriques étaient inclus. L'interprétation « Gold-Standard » identifiait un total de 67 lésions à détecter sur ces examens. 18 internes étaient divisés en 3 groupes de 6. Chaque groupe d'interne avait 402 (67x6) lésions à détecter. La sensibilité de détection globale était plus élevée dans: le groupe 3 vs. groupe 1 (91,2% versus 84,2%;  $p=0,005$ ) et le groupe 3 vs. groupe 2 (91,2% versus 85,4%;  $p=0,036$ ). La durée d'interprétation était plus courte dans le groupe 2 vs. groupe 1 (141 minutes versus 162 minutes;  $p = 0,036$ ).

### **CONCLUSION :**

Parallèlement au progrès de l'IA, les radiologues peuvent significativement améliorer leur capacités de détection lésionnelle en adaptant leur conditions de travail et leur méthode d'interprétation.