

■ Billet du mois

2017 : complexité, perplexité, efficacité

“Plus la connaissance progresse, plus elle s’aperçoit qu’elle ne peut aboutir”

~ Claude Lévi-Strauss



F. DIÉVART
Clinique Villette, DUNKERQUE.

Plus qu’à l’habitude, ce billet sera à la fois très personnel et semé de plus de questions que de réponses. Faisant suite aux deux précédents, il aurait dû rendre compte d’une étude importante présentée à l’ESC, en l’occurrence ce mois-ci, l’étude CANTOS. Ce ne sera donc pas le cas mais ce n’est que partie remise au mois prochain.

Pourquoi ce décalage ? Pour trois raisons. **D’abord**, parce que ce numéro de *Réalités Cardiologiques* fait le bilan de l’année 2017 et qu’il m’est apparu plus adapté d’être en phase avec son thème : la mise en perspective d’une année et ici, en l’occurrence, la mise en perspective de notre pratique, actuelle et future. **Ensuite**, parce que je reviens du congrès du TCT, congrès de cardiologie interventionnelle qui fut, comme à l’acoutumée, très riche en données nouvelles illustrant la complexité qu’a maintenant atteint la médecine, notamment la médecine très spécialisée... qui ne fait que compléter la médecine praticienne quotidienne. Il est à noter que j’ai volontairement adopté une attitude de spectateur interrogatif en assistant à ce congrès, afin de prendre du recul pour tenter de comprendre dans quelles directions pourrait aller notre spécialité de cardiologue. **Enfin**, troisième raison (qui explique d’ailleurs mon attitude lors du TCT), parce que mes récentes semaines ont compris quelques lectures générales de mise à jour sur l’économie, la robotique, l’intelligence artificielle et le devenir possible de nos sociétés. Tous ces éléments ont contribué à me rendre très perplexe et sont à l’origine de multiples interrogations, sans encore de réelles réponses, si ce n’est celle du souhait de rester efficace en pratique. Ce billet rapporte quelques-uns des éléments à l’origine d’une nouvelle perplexité.

■ L’innovation, son coût humain et financier

“Fabuleux” ne peut-on s’empêcher de penser en regardant avec recul les procédures de cardiologie interventionnelle retransmises en direct lors du TCT depuis de grands centres nord-américains mais aussi chinois et indiens. Certes, il s’agit d’une pratique de la médecine transformée en grand spectacle, mais il n’empêche, une question en ressort : **que ne peut-on pas faire aujourd’hui par voie interventionnelle percutanée ?**

Implanter une prothèse valvulaire dans une valve mitrale native ? Oui ! Dans une valve pulmonaire ? Oui ! Poser un anneau mitral ou tricuspide par voie interventionnelle ?

I Billet du mois

Oui ! Corriger une fuite mitrale voire tricuspide ? Oui ! Fermer une communication interauriculaire ? Oui ! Créer une communication interauriculaire pour le traitement de l'insuffisance cardiaque ? Oui ! Diminuer le volume ventriculaire par un système en forme de parachute afin de diminuer la contrainte ventriculaire gauche ? Oui... Oui... Oui !

Et encore, implanter une valve aortique dans une autre valve, en l'occurrence une bioprothèse ? Oui ! Et cela, en déchirant/découpant préalablement la *cusp* de la bioprothèse qui aurait pu recouvrir l'*ostium* de la coronaire gauche, avec en parallèle des sondes mesurant les pressions aortiques et ventriculaires gauches, une sonde d'entraînement électrosystolique, un dispositif de protection contre les embolies cérébraux, une sonde d'échocardiographie transœsophagienne à sa place et manipulée par son échocardiographe dédié, une équipe prête à faire un choc électrique (et qui d'ailleurs le fera lors de la survenue d'une fibrillation ventriculaire suite à l'inflation du ballonnet dans la valve aortique), et donc une équipe d'anesthésie, et donc plusieurs intervenants et du personnel paramédical, et donc plus de 10 personnes présentes dans la salle d'intervention. Toutes nécessaires, toutes utiles, toutes compétentes dans leur domaine hyperspécialisé pour un geste thérapeutique, simple dans son principe, et de fait très complexe dans sa réalisation, ce que tend à faire oublier l'habitude.

Quel sera l'avenir de ces innovations ?

On ne peut le dire mais, en tout cas, elles ouvrent de nouvelles voies thérapeutiques qui justifient de nouvelles évaluations à l'encontre des méthodes considérées comme la référence à un moment donné.

Et puis au TCT, en matière de présentation, il y a eu les résultats d'une analyse économique comparant le remplacement valvulaire aortique par méthode chirurgicale et par voie percutanée

(TAVI). Et qu'apprend-t-on ? Peu importe qu'une technique soit un peu moins onéreuse que l'autre, ce qui surprend, c'est la valeur absolue des chiffres présentés. Ainsi, aux États-Unis, le coût de traitement d'un rétrécissement valvulaire aortique, tant par chirurgie que par TAVI, est compris entre 80 000 et 100 000 dollars la première année. Et encore, surprise, les coûts des honoraires médicaux pour le TAVI ne sont "estimés" qu'à 3 800 dollars, moins élevés que ceux de l'équipe chirurgicale (5 400 dollars). En revanche, le coût de la valve TAVI, pour sa part, est de 38 500 dollars, celui de la valve chirurgicale de 16 400 dollars. Ce qui grève le coût de la chirurgie, qui est la technique la plus onéreuse au final, c'est le coût de la prise en charge hospitalière, soit 37 400 dollars pour la chirurgie contre 19 417 dollars pour le TAVI.

Et ainsi, des questions diverses et variées ne peuvent manquer d'être posées

La première concerne le nombre de médecins nécessaires au bon fonctionnement du système de santé. Ainsi, il est écrit partout que l'on manque de médecins en France mais, dans notre cas, pour traiter une seule personne, d'un seul problème, dans le cadre d'un TAVI, il a fallu mobiliser pendant au moins 3 heures au moins une demi-douzaine de médecins hyperspécialisés. Si l'on prend en compte des soins de médecine générale qui seraient effectués avec un tel nombre de médecins, c'est probablement de l'ordre d'une centaine de personnes qui auraient été prises en charge dans un même délai, certes pour des problèmes le plus souvent plus simples, mais aussi pour un coût moindre en matière d'honoraires médicaux et en tout cas pour un service rendu tout aussi nécessaire et à un plus grand nombre. Former, à volume constant, selon le principe du *numerus clausus*, des médecins dont une partie ira vers l'hyperspécialisation ne peut donc qu'aggraver la pénurie de médecins de premier recours. Quelles déci-

sions prendre ? Augmenter le nombre de médecins disponibles et donc modifier ou le principe du *numerus clausus* ou le nombre d'étudiants admis en deuxième année ? Limiter l'accès aux hyperspécialités pour augmenter, par effet de vase communicant, le nombre de médecins de premier recours ? Comment ? Par des mesures incitatives ou par des mesures coercitives ? Mais, faisant cela, on sacrifie probablement l'innovation et on altère la qualité des soins.

Faut-il former plus de médecins alors que le système de santé est déjà financièrement déficitaire ? Les économistes répondent à cette question de façon simple : l'augmentation de l'offre augmente la demande, ce qui majore les coûts de la santé. Il faut donc qu'il y ait de la croissance et des emplois qui généreront des entrées de charges sociales. En revenant à notre cas, celui du coût estimé du traitement du rétrécissement aortique, et en prenant les données présentées au TCT pour les États-Unis, on peut calculer que le coût d'une seule maladie chez une seule personne revient au salaire annuel cumulé de 5 personnes (en prenant la valeur moyenne du salaire en France) ou plus justement aux charges sociales dévolues à la santé que versent plus de 30 salariés pendant 1 an. Combien d'emplois seront nécessaires pour que le système devienne pérenne ? Le système pourra-t-il tenir ? Et ce, en sachant que la population vieillit par le haut comme disent les démographes et que la prévalence du rétrécissement valvulaire aortique augmente et augmentera de ce fait ? Sachant aussi que le coût de prise en charge d'une telle maladie ne peut être supporté par une seule personne – le malade – et que la mutualisation des coûts est donc nécessaire, le système français reposant sur la solidarité nationale peut-il rester pérenne en l'état ? Ou, si l'emploi et la croissance ne sont pas au rendez-vous, des ajustements structurels majeurs sont-ils à envisager ? Et lesquels ? Qui serait prêt à accepter, par exemple, que les médecines non validées en matière de bénéfice clinique propre (comme l'homéopathie

et les cures thermales probablement) ne soient plus prises en charge pour tout ou partie par la solidarité nationale ? Qui serait prêt à accepter un haut degré de rationalisation des coûts médicaux en fonction du bénéfice démontré, et uniquement cela, comme tente de le faire l'Angleterre ? Quelles conséquences d'une telle régulation et démarche sur l'ensemble de la chaîne de soins qui va de la recherche d'innovation à la consultation dite de confort ? L'innovation, pour "fabuleuse" qu'elle puisse paraître, pose des questions majeures concernant le financement du système de santé, questions qui ne seront pas résolues, comme certains attentistes le pensent, par le retour de la croissance.

La complexité et les capacités cognitives

Avant l'avènement de la coronarographie, certains mouraient d'une sténose du tronc commun coronaire gauche sans que l'on connaisse la cause du décès. C'était la période simple de l'ignorance sur laquelle on pouvait greffer des schémas explicatifs idéologiques...

Puis la compréhension du mécanisme de l'infarctus du myocarde et de la mort subite, la pratique de la coronarographie, l'évaluation de la chirurgie de pontage coronaire, ont permis de prolonger la survie de patients ayant une sténose du tronc commun. La sténose du tronc commun relevait donc, autant que faire se peut, de la chirurgie cardiaque. C'était la simplicité d'essence positiviste, d'une première attitude thérapeutique validée contre un traitement médical qui était encore rudimentaire.

L'angioplastie est alors arrivée et a légitimement voulu se comparer à la chirurgie. Il a fallu plusieurs années et de nombreuses études pour juger quelle modalité de prise en charge de la sténose du tronc commun, c'est-à-dire de la chirurgie ou de l'angioplastie, était la meilleure. Dans cette évaluation,

il y a d'abord eu le temps des registres concluant que l'angioplastie était faisable avec un risque de plus en plus acceptable. Puis est venu le temps des essais thérapeutiques dédiés, comparant spécifiquement l'angioplastie et la chirurgie coronaire comme traitement de la sténose du tronc commun. Nous sommes dans ce temps. Ainsi, lors du TCT de 2016, deux études spécifiques ont été présentées, les études NOBLE et EXCEL, dont les résultats ont paru divergents, l'un paraissant favorable à la chirurgie, l'autre en faveur de la non-infériorité de l'angioplastie. Dans l'étude NOBLE ayant enrôlé 1 201 patients, la chirurgie de pontage est ainsi significativement supérieure à l'angioplastie pour réduire le risque de mortalité, IDM non procédural, AVC et nouvelle revascularisation à 5 ans. Dans l'étude EXCEL ayant enrôlé 1 905 patients, l'angioplastie est significativement non inférieure à la chirurgie de pontage avec un suivi moyen de 3 ans pour réduire le risque de décès, d'AVC, d'IDM, dont les infarctus périprocéduraux. On voit que ni la taille des populations, ni les critères de jugement, ni la durée de suivi n'étaient identiques dans ces deux essais, tous éléments propices à la publication d'analyses multiples de ces essais.

Et cela n'a pas manqué. En effet, dans l'année ayant suivi la parution de ces études, que s'est-il passé ? Plusieurs sessions du TCT nous l'ont rappelé dans l'hypothèse où un épisode de la saga aurait manqué. Le premier élément, le plus troublant, est que sont parues dans ce délai pas moins de 18 méta-analyses comparant angioplastie et chirurgie dans le traitement de la sténose du tronc commun. Plus troublant encore, 6 de ces méta-analyses sont parues dans des numéros consécutifs d'une même revue (*American Journal of Cardiology*). Temps perdu et travail inutile ? Ou bien chacune de ces méta-analyses apporte-t-elle un élément nouveau et utile ? Très difficile à dire et encore plus difficile à juger car cela nécessite de lire les 18 travaux, de les comparer, de juger de

leurs méthodes respectives (fréquentiste, bayésienne, de registres, de sous-groupes, d'études dédiées, de données assemblées, pairées, individuelles...) pour apprécier quel est le résultat le plus fiable, le plus pertinent... Et ce, tout en sachant qu'en parallèle, de nombreuses analyses interprétatives et explicatives des résultats des études EXCEL et NOBLE ont été publiées, de même que plusieurs sessions de plusieurs congrès ont été consacrées à ces résultats comme lors de l'euroPCR (rapportées dans un article d'*EuroIntervention*). Ainsi, s'intéresser au seul traitement des seules lésions du tronc commun pourrait presque devenir un métier à temps complet. Et la fin d'année confirme ce jugement puisque, lors du TCT 2017, ont été présentés et commentés, d'une part, une nouvelle méta-analyse comparant chirurgie et pontage et, d'autre part, un essai thérapeutique comparant deux techniques différentes d'angioplastie des lésions distales du tronc commun, l'étude DKCRUSH. Cette dernière a comparé l'angioplastie avec deux stents et double *kissing* à l'angioplastie dite provisionnelle ne traitant avec un stent que l'artère d'amont, en l'occurrence le tronc, et la branche principale d'aval, en l'occurrence, l'IVA. Cette étude montre que le double *kissing* est supérieur au stent provisionnel pour réduire l'incidence des nécessités de revascularisation de la lésion cible. Le double *kissing* doit-il devenir la référence validée du traitement du tronc commun ou l'étude DKCRUSH a-t-elle des limites rendant nécessaire de relativiser sa portée ? Les experts étaient partagés dans leurs commentaires, et c'est un euphémisme de l'exprimer comme cela.

En parallèle, lors de diverses sessions, il a été rappelé qu'il est nécessaire d'évaluer le degré de sténose par une approche fonctionnelle (FFR ou iFR), de dilater par un ballon de grand diamètre le stent d'amont dans le double *kissing*, etc. Et donc qu'il y a de multiples "raffinements techniques" permettant une amélioration de la qualité des résultats de l'angio-

I Billet du mois

plastie en matière de réduction du risque de complication, c'est-à-dire de thrombose de stent et de resténose... Quelle est donc la technique de référence, c'est-à-dire celle qui garantit les meilleurs soins au patient ? Combien d'outils procéduraux (FFR, échographie endocoronaire, OCT, ballons divers et variés...) faut-il utiliser pour garantir ces meilleurs soins et à quel coût ?

Par ailleurs, il a aussi été rappelé qu'il existe plusieurs techniques d'angioplastie des lésions de bifurcation et qu'il y a une typologie des lésions de bifurcation (Medina) en différenciant plusieurs types, et que certaines techniques d'angioplastie sont plus appropriées à certains types de lésions, même si elles n'ont pas encore toutes été évaluées comparativement... Enfin, il existe de nombreux modèles de stents coronaires et de nombreux traitements adjuvants de l'angioplastie, notamment en matière de traitements antithrombotiques et de leurs associations, de durée de ces traitements et de leurs doses, sans oublier la variété des contextes cliniques pouvant moduler les modalités de prise en charge, comme l'ischémie silencieuse, l'angor stable, le syndrome coronaire aigu avec et sans sus-décalage du segment ST. Et donc, en prenant des chiffres, assurément approximatifs et donc faux, mais permettant d'illustrer le problème évoqué dans les lignes précédentes, on peut imaginer 7 types différents de lésions du tronc commun, 4 techniques différentes d'angioplastie des bifurcations coronaires, 8 stents actifs différents disponibles, 4 situations cliniques différentes, une douzaine de possibilités de traitements antithrombotiques différents... Ces simples chiffres rendent compte du fait qu'il y a déjà plus de 10 000 possibilités d'essais thérapeutiques contrôlés différents nécessaires pour évaluer toutes les combinaisons thérapeutiques possibles face à une lésion du tronc commun. Et le chiffre pourrait encore être multiplié en n'évaluant pas que les détails techniques de l'angioplastie mais en faisant des com-

paraisons avec la chirurgie de pontage et ses diverses techniques. On comprend dès lors qu'il est impossible d'évaluer toutes les possibilités de traitement du tronc commun coronaire gauche et que toute stratégie adoptée en pratique repose sur une part d'inconnue, d'extrapolations et d'interprétations, et que ces interprétations prennent en compte de multiples variables.

Si l'on revient aux méta-analyses parues en 2016-2017 concernant le traitement du tronc commun, qu'ont-elles apporté de nouveau ? Essentiellement des différences de méthodes comme on l'a dit, l'une d'entre elles étant notamment d'évaluer les résultats avec des suivis différents : 3 mois, 1 an, 3 ans, 5 ans, voire plus. Ainsi, une des dernières méta-analyses parues (on n'ose plus dire la dernière) a reconstruit une courbe de Kaplan-Meier moyenne à partir des données de 4 études différentes (encore une nouvelle technique de méta-analyse...). Que nous apprend cette méthode ? Globalement, qu'avec un recul moyen de 5 ans, les deux techniques – angioplastie et pontage – sont associées à des risques similaires de décès, d'infarctus du myocarde et d'AVC, mais que :

- le pronostic global est meilleur les 2 premières années avec l'angioplastie, équivalant à 5 ans, mais diverge au-delà de 5 ans et est alors en faveur du pontage ;
- le risque d'AVC est plus élevé avec la chirurgie, le risque d'IDM plus élevé avec l'angioplastie et le risque de nouvelle revascularisation ultérieure beaucoup plus élevé avec l'angioplastie ;
- ce résultat global est le même quel que soit le score Syntax, et ce, que des stents actifs de première ou de deuxième génération soient utilisés (ouf, enfin une donnée simplificatrice !).

Comment alors être efficace et prendre une décision ? Le patient, assurément, doit exprimer son choix, mais celui-ci doit-il être exprimé avant ou après une décision collégiale du type *HeartTeam*, lorsque celle-ci est convoquée ? Connaissant les résultats des

évaluations comparatives entre pontage et angioplastie, qui du médecin ou du patient doit choisir le mode de prise en charge ? En quoi le passage par l'équipe pluridisciplinaire, la *HeartTeam*, change-t-il la réponse potentielle à la question précédente ? Le mode de prise en charge doit-il être différent selon l'espérance de vie du patient ? Doit-il être différent selon les résultats obtenus par les centres chirurgicaux et de cardiologie interventionnelle (lorsque l'on a accès à ces résultats) ? Doit-il être différent selon la technique d'angioplastie qui sera utilisée ?

Étendons le problème aux suites du traitement de la lésion du tronc commun chez un patient dont on supposera qu'il a plus de 65 ans : quelle doit être la prise en charge des paramètres lipidiques ? Obtenir un LDL inférieur à 0,70 g/L ou beaucoup plus bas ? Le diminuer de 50 % voire plus par rapport à sa valeur de base quelle que soit celle-ci ? Et avec quel(s) traitement(s) ? Quelle est la cible tensionnelle ? Moins de 150/90 mmHg comme le préconisent les recommandations de 2017 de l'*American College of Physicians* ? Ou moins de 130/80 mmHg comme le préconisent les recommandations de l'*American Heart Association*, elles aussi parues en 2017 ? Quelle doit être la nature du traitement antithrombotique et quelle doit être sa durée ?

On aura compris la difficulté et le caractère transitoire, relatif et évolutif des textes de recommandations de bonnes pratiques et la difficulté à juger de la valeur de l'arrêt du 27 avril 2011, du Conseil d'État en France. Pour mémoire, celui-ci peut être interprété comme donnant aux recommandations de pratique "force de loi", ce qui pose un réel problème face à l'évolution des données et à leur complexité. Cet arrêté est arrivé à cette conclusion par un raisonnement très juridique dont les étapes sont les suivantes :

- les recommandations de la HAS sont des décisions "faisant grief" et ont donc un caractère obligatoire en ce sens

qu'elles doivent obligatoirement être appliquées par le médecin ;
 – les médecins ont l'obligation déontologique et légale d'assurer des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science ;
 – les données acquises de la science ressortent notamment des recommandations de bonnes pratiques ;
 – le médecin, lorsqu'il respecte les données acquises de la science, suit, par la force des choses, les recommandations et donc les recommandations de bonne pratique ont "un caractère obligatoire" : bien soigner selon l'état de l'art, c'est soigner selon les recommandations.

Comment rester efficace ou le principe du rasoir d'Ockham

Face à la complexité, on ne peut rester dans des abîmes de perplexité, il faut bien agir au quotidien. La perplexité doit cependant tenir son rang : engendrer des questions, fournir des cadres d'analyse pour anticiper et agir demain. Mais, pour l'action du jour, elle ne doit servir principalement qu'à faire prendre conscience du caractère relatif de toute décision et de toute action, même si celles-ci reposent sur une analyse du passé et du présent et ont des conséquences pour l'avenir.

Comment gérer le présent ? Certains ont des recettes qui, pour encore futuristes qu'elles apparaissent, seront à l'évidence à prendre en compte. Il en est ainsi du raisonnement suivant : le nombre de travaux de recherche en médecine devient tellement gigantesque, varié et complexe, qu'un moteur de recherche usuel (PubMed ou Google) ne peut plus permettre au médecin, ou à une équipe médicale, d'accéder à toutes les données de la science dans un domaine, et encore moins d'analyser ces données. Pour les futurologues, de toute évidence, cette tâche doit être dévolue à des machines et surtout à l'intelligence artificielle soumise au processus d'apprentissage en profondeur (*deep learning*). Ces prospectivistes prédisent ainsi que les

machines devraient pouvoir prochainement explorer le réseau mondial des données numériques afin de collecter les données pertinentes et d'en produire une analyse "prédigérée" en quelque sorte. Certaines études indiquent déjà que dans quelques domaines (diagnostic, analyse d'images numérisées...), la machine est supérieure à l'homme.

Plus encore, la machine pourrait aussi résoudre paradoxalement une partie du problème dit de la pénurie de médecins, car elle menace de toute évidence l'existence, peut-être, mais en tout cas certainement le mode de fonctionnement de certaines spécialités. En premier lieu, il y a la radiologie pour laquelle les futurologues annoncent que cette spécialité devrait perdre 80 % de ces effectifs dans les 10 à 15 ans à venir, l'analyse des images étant dévolue aux machines, la pratique des examens au personnel paramédical, voire aux machines. Mais tout cela, c'est pour demain, ce sont certes des éléments à prendre en compte, mais cela ne résout pas le problème de la pratique aujourd'hui de "soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science".

Une autre voie pour résoudre le problème d'efficacité consiste à penser que les choses doivent rester simples, que toutes ces interrogations sont futiles, que c'était mieux dans le passé, que tout ça, c'est pour les experts, et cela tout en espérant que ces experts jugés "hors sol" n'aient pas un jour à nous juger, mais cette fois-ci, dans un procès pour erreur ou faute... Et que de toute façon, aux prochaines élections, elles verront bien, toutes ces élites détachées du réel, ce que l'on pense de leurs élucubrations...

Mais vouloir revenir au passé ne résout pas plus mon problème d'aujourd'hui que de se projeter dans l'avenir.

Que faire ? Pour ma pratique quotidienne, j'aime utiliser un principe de raisonnement philosophique apparenté au rationalisme et qui est dénommé le rasoir

d'Ockham. Ce principe est rappelé dans les lignes qui suivent, dont plusieurs sont adaptées de sa description dans Wikipédia. Il s'agit d'un principe de simplicité, d'économie ou de parcimonie qui est formulé comme suit : "*Les hypothèses suffisantes les plus simples sont les plus vraisemblables*". En d'autres termes : "*Pourquoi faire compliqué quand on peut faire simple ?*". Simple ne veut pas dire simpliste : ce n'est pas l'hypothèse la plus simpliste, la plus évidente ou la plus conventionnelle qui est forcément la bonne, et ainsi le rasoir ne prétend pas désigner quelle hypothèse est vraie, il indique seulement laquelle devrait être considérée en premier. Mais pourquoi le terme de rasoir ? Parce qu'en philosophie, le terme "rasoir" désigne un principe ou une règle générale qui permet d'éliminer, donc de "raser", des explications improbables d'un phénomène. Pourquoi avoir recours à des notions de philosophie pour rendre compte d'une attitude du type "*pourquoi faire compliqué quand on peut faire simple*" ? Parce que ce recours analyse les tenants et aboutissants consistant à choisir une solution simple face à un problème complexe.

Ainsi donc, il est nécessaire d'être conscient de la complexité, de savoir la prendre en compte ou de savoir la déléguer aux réflexions des experts du domaine, tout en sachant qu'eux aussi ne peuvent plus rendre compte parfaitement de l'accumulation des données dans leur domaine spécifique. Pour agir, il faut donc adopter des principes généraux et globaux en tenant pour accessoires les détails, et ce tel que saint Thomas d'Aquin l'exprimait : "[...] *Ce qui peut être accompli par des principes en petit nombre ne se fait pas par des principes plus nombreux*." Simplifier les choses n'est pas les rendre trop simples, mais en diminuer seulement le degré de complexité. La complexité n'étant pas négligée toutefois et le caractère relatif de toutes décisions et actions doit être constamment présent à l'esprit car, pour résumer une des facettes du principe

