


# Values-based Practice

1. Définition et objectifs
2. Les 10 étapes du processus de la décision partagée
3. Application par un cas clinique: conscience et la compréhension des valeurs
4. Outils pour l'application de la VBP dans votre pratique
5. Sources et liens

# 1. Définitions et objectifs

(extrait de Fulford, K.W.M, Bill, Peil, Ed. , *Essential Values-Based Practice Clinical Stories linking Science with People*, Cambridge University Press 2012

- **La Values-Based Practice (VBP)**- soit la pratique médicale basée sur les valeurs- est une nouvelle approche pour appréhender les valeurs complexes et contradictoires dans le domaine de la santé. Cette approche se veut **complémentaire des autres disciplines qui s'intéressent également aux valeurs**, telle l'éthique, en s'intéressant particulièrement aux valeurs des individus, au cas singulier d'une situation donnée. Elle est également **complémentaire de l'Evidence-Based Practice (EBP)** ou pratique médicale basée sur les preuves.
  
- L'objectif de la VBP est donc **de participer à une prise de décision médicale qui soit équilibrée au sein d'un ensemble complexe de valeurs partagées par ceux directement concernés par cette décision :**
  - une prise de décision équilibrée signifie une prise de décision qui est basée sur une balance entre les valeurs, souvent complexes et conflictuelles, de ceux directement concernés par cette décision.
  
  - l'ensemble de valeurs partagées désigne les valeurs qui, même si elles sont partagées par ceux directement concernés par la décision médicale, sont en tension les unes avec les autres et doivent être mises en balance selon les circonstances d'une situation donnée.



**Les valeurs** désignent tout ce qui a **moralement de l'importance aux yeux d'une personne**, c'est-à-dire tout ce qui est utilisé pour choisir, prendre une décision, comme les besoins, les préférences ou les souhaits. Cela peut concerner aussi bien des notions comme « la beauté », « la justice », « la sagesse », « la liberté », mais aussi « le pouvoir », « la responsabilité », « le sens du devoir », « la sécurité familiale », « la reconnaissance sociale », « la protection de l'environnement », etc.

Dit autrement, il s'agit de « **des préférences uniques, des intérêts, des attentes de chaque patient au sein d'une consultation médicale** » (Sackett, et al, 2000). Les valeurs doivent ainsi être comprises comme tout ce qui pèse *de manière négative ou positive pour guider l'action*.

**La Values-Based Practice** est ainsi le processus qui soutient une prise de décision médicale où des valeurs complexes ou contradictoires rentrent en jeu :

- « **les valeurs complexes** » désignent des valeurs qui ont un sens différent selon les personnes (par exemple « le meilleur intérêt » ne signifiera pas forcément la même chose pour le chirurgien ou le patient)
- « **les valeurs conflictuelles ou contradictoires** » désignent des valeurs qui sont en conflit avec d'autres valeurs (par exemple, il y a souvent des conflits dans la prise de décision médicale entre le « meilleur intérêt » pour le patient et « le respect de l'autonomie », ou du choix du patient)

## 2. Les 10 étapes du processus de la décision partagée

- La VBP s'appuie sur la prémisse « démocratique » du respect mutuel des différentes valeurs. Ce respect mutuel exclut le relativisme moral (au sens où « tout ce vaut ») en excluant certaines valeurs et en insistant sur l'importance du « bon processus de la prise de décision » plus que sur des « objectifs ou des valeurs justes » à atteindre :
- Les valeurs exclues de la VBP sont des valeurs, telles que le racisme, qui sont incompatibles avec cette condition inaliénable du respect mutuel des valeurs. Par définition, ce type de valeurs ne peuvent pas être prises en compte.
  - Le bon processus désigne **la prise de décision guidée par un ou plus des dix éléments du processus de la VBP.**

## 2.1 La conscience des valeurs

- La conscience des valeurs désigne **la conscience de la diversité des valeurs individuelles** qui interviennent au sein d'une rencontre clinique et d'une prise de décision, aussi bien **la conscience des valeurs du praticien que celles des autres** (patient, membre de l'équipe), de la conscience des valeurs que l'on peut considérer comme *positives* (les aspirations, les ressources, les moyens, les forces, etc.) que celles que l'on peut considérer comme *négatives* (les besoins ou les difficultés).

## 2.2 la réflexion sur les valeurs

- La réflexion sur les valeurs **engage à ouvrir son propre horizon de valeurs plutôt que de directement décider ce qui nous semble juste.**
- Ce raisonnement inclut ainsi toutes les méthodes disponibles pour analyser les valeurs en jeu (éthique, principlisme, déontologie, éthique des vertus, utilitarisme... etc.). En effet, la VBP est **complémentaire de toutes les disciplines qui étudient les valeurs en jeu au sein de la décision clinique**, elle vise à intégrer aussi bien les codes de pratique médicale, l'éthique clinique, l'analyse de la décision, l'économie de la santé, la médecine narrative, les sciences humaines et sociales au sens large, comme la psychologie, la sociologie, les humanités médicales, la littérature, etc.

## 2.3 La connaissance des valeurs

- La connaissance des valeurs est issue de la recherche et de l'expérience clinique, **mais ne peut jamais outrepasser le cas particulier qui est présenté**. Comme pour tout savoir médical, la connaissance des valeurs inclut à la fois des savoirs tacites et des savoirs explicites. La connaissance des valeurs au sein de la VBP vise également à fournir une base de données de l'ensemble de ces savoirs.

## 2.4 Les outils de communication des valeurs

- **Les outils de communications des valeurs** visent à fournir des compétences permettant de mettre au jour les valeurs et de résoudre des conflits de valeurs.



## 2.5 La pratique centrée sur les valeurs du patient

- La pratique centrée sur les valeurs du patient met **au cœur de la pratique les valeurs du patient**, tout en étant consciente des valeurs des autres personnes impliquées dans les décisions médicales. En pratique, **cela signifie qu'il est nécessaire de réfléchir à la bonne compréhension des valeurs mutuelles, mais aussi des valeurs en conflits.**

## 2.6 Les valeurs de l'équipe médicale

- En pratique, cela signifie qu'il faut à la fois prendre en compte **le rôle de chacun des intervenants de l'équipe médicale au sens large** au sein de la prise en charge du patient, mais aussi les valeurs de **l'ensemble des membres de l'équipe.**

## 2.7 Le principe des deux piliers: faits et valeurs

- Toutes les décisions médicales sont basées à la fois sur des faits et des valeurs, quelle que soit son importance. Le principe à se remémorer est simple : « Penser faits, penser valeurs ! »
- Les deux sont indissociables au sein de la VBP. Il ne s'agit pas d'exclure les faits pour se concentrer sur les valeurs, mais d'inclure à la fois faits (médicaux) et valeurs dans la prise de décision.

## 2.8 le principe de « grippage » entre faits et valeurs

- Généralement, on ne remarque **les valeurs que lorsque celles-ci rentrent en conflit.**
- Cela se traduit simplement par « Penser valeurs, penser faits ! »

## 2.9 Le principe de directivité de la science

- Les progrès dans le domaine médical et des technologies **nous ouvrent de nouveaux choix** (par exemple la procréation médicalement assistée, les greffes, le clonage, etc.): **d'où la diversité de valeurs en jeu !**
- Ces progrès nécessitent **donc à la fois une pratique basée sur les preuves, mais aussi les valeurs** :  
« penser à la fois faits et valeurs ! ».

## 2.10 Consensus et dissensus au sein de la décision partagée

- La prise de décision partagée repose ainsi à la fois sur **le consensus** (l'ensemble des valeurs partagées) et **le dissensus** (les différences de valeurs qui doivent être mises en balance selon les circonstances données et particulières d'une situation).

# 3. Application par un cas clinique: conscience et compréhension des valeurs

- Nous vous présentons ici un résumé détaillé du chapitre 10 « The reluctant hypertensive : thinks evidence, thinks values too » (pp. 133-142) issu de l'ouvrage de Fulford et Peile, *Essential Values-Based Practice, Clinical Stories linking Science with People*, publié chez Cambridge en 2012.
- Cette présentation a pour but d'illustrer la prise en compte des valeurs, à la fois du praticien et du patient, pour une prise en charge médicale adaptée.
- **Il s'agit ici de la première étape de la values-Based Practice** : la conscience des valeurs en jeu, au sein d'un ensemble de preuves cliniques, également indispensable à la pratique clinique. Il ne s'agit pas d'opposer preuves scientifiques et valeurs. Bien au contraire, il s'agit de montrer, comment, tout en s'appuyant sur des preuves scientifiques indispensables, **la prise en compte des valeurs en jeu dans une consultation clinique**, permet, **par l'écoute de chacun des acteurs concernés, la prise en compte des valeurs, la prise en compte de la singularité, d'arriver à une prise de décision médicale adaptée.**



## Résumé de l'histoire:

Jim Burns, âgé de 56 ans, un commercial automobile, a été récemment diagnostiqué pour une hypertension artérielle.

Suivant les recommandations issues de l'EBM, son médecin généraliste, Dr Jane Hilary lui prescrit un traitement pour son hypertension. Jim Burns devient alors de plus en plus anxieux et déprimé, commence à boire plus et devient de moins en moins performant au travail, au point de mettre sa carrière en jeu. Son état par ailleurs entraîne une augmentation de son risque cardiovasculaire.

Mais Jim Burns trouve un moyen d'aller mieux, en consultant le Dr Martin Winner, cardiologue et recommandé par son employeur. Le Dr Winner se base sur les mêmes preuves et recommandations que le Dr Hilary, mais avec la conscience et la compréhension des valeurs importantes aux yeux de son patient, ce qui lui a permis activement dans un style de vue permettant de réduire son risque cardiovasculaire.





## **9 mois plus tôt : la consultation entre le Dr Hilary et Mr Burns**

**Dans la salle d'attente du Dr Hilary...Qui sont Jim Burns et le Dr Hilary ?**

### **Qui est Jim Burns ?**

Jim Burns est un commercial automobile, ancien sportif, qui se sent plutôt en bonne santé par rapport aux autres hommes de son âge. Il boit un peu plus ces temps-ci, ce qui peut s'expliquer selon lui par une année difficile, son entreprise ayant été touchée par la crise économique. Ces problèmes de santé ont commencé un mois plus tôt, lors d'une visite de contrôle. En effet, Burns est un grand amateur de rallye automobile. Lors de cette visite, on lui a trouvé une pression artérielle trop élevée. Il a été autorisé à pratiquer encore pour un an, mais sous condition de consulter. Voilà ce qui l'amène chez le Dr Hilary. Avant son rendez-vous, Burns a dû réaliser plusieurs tests chez une infirmière, ce qui l'a déjà profondément agacé, voulant régler le problème rapidement et ayant peu de temps à consacrer à des rendez-vous médicaux à cause de son travail prenant.



## Qui est le Dr Hilary ?

Médecin généraliste, le Dr Hilary subit également beaucoup de pression. Elle considère que l'hypertension artérielle est « son domaine » de prédilection au sein de l'équipe. Elle est particulièrement investie dans l'étude des preuves, des recommandations à ce sujet, et participe activement à la récolte de données. En regardant le dossier de Jim Burns, elle est absolument convaincue ECG est bon, il a une histoire familiale significative, est en surpoids et son taux de lipides est élevé. Elle sait par ailleurs que le type d'homme de Jim Burns est souvent retissant, difficile, et refuse généralement de modifier son style de vie. Elle a été particulièrement marquée par l'histoire d'un de ses patients, un homme âgé de 54 ans, décédé d'un infarctus massif la semaine passée, et dont elle vient juste de recevoir la fille. Celui-ci avait décliné tout traitement, tout en lui demandant ce qu'elle pouvait faire.



## La consultation : deux objectifs différents

- Pour Jim Burns, le problème principal consiste en **son risque de ne plus pouvoir participer à un rallye**. Il est conscient de son risque cardiovasculaire, de par l'expérience de certains de ses amis et de membres de sa famille, mais il se considère être en bonne santé. Il considère également que s'il doit prendre un traitement, ce ne sera pour lui qu'une mesure temporaire, le temps qu'il ait moins de pression au travail.
- Pour le Dr Hilary, le problème principal de Jim Burns est **bien son hypertension artérielle**, qu'il est donc malade, et que sans traitement médical, il a un risque élevé d'infarctus. Il doit donc suivre les recommandations en vigueur, recommandations bien établies selon des preuves scientifiques, et prendre un traitement sur le long terme et en changeant de style de vie.



## Récit de la première consultation:

Lors de la consultation, le Dr Hilary décide d'adopter une attitude très directe face aux risques qu'encourt Jim Burns. Elle l'interroge ainsi sur son histoire familiale et son style de vie, tout en consultant son dossier médical et les données cliniques recueillies. La consommation d'alcool de Jim Burns, son histoire familiale, son surpoids, le stress au travail et les données cliniques l'amènent à conclure à un risque cardiovasculaire particulièrement sérieux.

Elle informe ainsi son patient qu'« il est très important de réduire son hypertension artérielle s'il désire éviter une attaque cardiaque dans les prochaines années ».

Face à l'expression de Jim Burns, elle tente de le rassurer, en lui disant « de ne pas s'inquiéter, s'il prend son traitement ».

Aux questions du patient sur le traitement, elle le rassure également en lui expliquant qu'il ne s'agit que de quelques pilules, et évite de lui mentionner les effets secondaires, car son expérience lui a prouvé que ces informations provoquaient des angoisses inutiles.



## Analyse de la première consultation : les valeurs masquées par les faits

Dans cette consultation, largement dirigée par le Dr Hilary, **peu d'espace a été laissé à la discussion avec le patient**. Dr Hilary était totalement absorbée par la mesure des risques cardiovasculaires de son patient. Dans cet exemple, le Dr Hilary n'a pas réussi à prendre en compte ce qui comptait vraiment pour son patient.

Plusieurs raisons peuvent l'expliquer : elle était très occupée de par le nombre de consultations de la journée, et cherchait également à prendre en compte le plus justement possible l'ensemble des données délivrées par l'EBM.

De plus, **elle est elle-même non consciente de ses propres valeurs et de la manière dont celles-ci dirigent la consultation**. Elle considère également qu'elle a donné suffisamment d'informations à son patient, comme cela est recommandé (le problème, les risques, le traitement).

**Le problème ici ne tient pas en l'attention du Dr Hilary aux preuves fournies par l'EBM : le problème consiste en son inattention aux valeurs en jeu, cachées par son attention focalisée uniquement sur les preuves, et négligeant les valeurs de Jim Burns.**



## Les conséquences pour Jim Burns de la consultation : de retour chez lui...

Si Jim Burns a accepté le traitement du Dr Hilary, il sort de la consultation particulièrement choqué, ne pensant pas être malade auparavant. Tout en reconnaissant que le Dr Hilary n'a fait que son travail, **il éprouve de la colère et du ressentiment, car il ne s'est pas senti pris en compte lors de la consultation, et reste très sceptique sur cette histoire d'hypertension.** Il est très conscient de la pression qu'il subit au travail, et relie cette pression à son problème d'hypertension.

**Ne se sentant pas malade, il imagine mal devoir prendre un traitement à vie.**

L'important étant de pouvoir **continuer de participer à des rallyes automobiles,** il décide de commencer le traitement.

Mais un second choc intervient lorsque Jim Burns **décide lire les effets secondaires et en découvre la longue liste.** Cette liste confirme ses doutes sur les bienfaits d'un traitement à vie, lui-même relativement réticent à l'usage de médicaments. Mais n'ayant pas vraiment d'autre choix, il décide de commencer le lisinopril.



## Un mois après le début du traitement

### Récit de la seconde consultation entre le Dr Hilary et Jim Burns:

Jim Burns retourne consulter le Dr Hilary plus tôt que prévu : **il désire arrêter le traitement, le considérant comme étant responsable de son impuissance.** Il avait déjà été confronté à quelques difficultés occasionnelles avant selon lui son problème d'hypertension artérielle, et a lu dans les effets secondaires le risque d'impuissance.

**Le Dr Hilary ne voit pas cela comme un problème majeur.** En particulier, elle pense que ces difficultés sexuelles sont dues à l'hypertension artérielle de son patient, et non au traitement, ou plus particulièrement à la consommation d'alcool de Jim Burns.

De plus, elle sait que le lisinopril est moins propice à causer ce type de problèmes que d'autres antihypertenseurs. Elle vérifie donc la tension de Jim, bien meilleure, et l'encourage plutôt à modifier son style de vie et à prendre rendez-vous avec une infirmière pour en discuter.

## Les valeurs en conflits au sein de cette seconde consultation :

Pour le Dr Hilary, le problème de l'impuissance est bien moins important comparé au risque de 20 % de risques cardiovasculaire dans les 10 ans. Mais pour Jim Burns, cette impuissance est dévastatrice. Il se sent profondément déprimé et émasculé. Il devient moins efficace au travail, et cette impuissance l'inquiète très profondément pour son mariage. Il a vécu un divorce très difficile il y a dix ans et s'est remarié il y a trois ans avec une jeune femme de dix ans sa cadette. La différence d'âge ne comptait pas à l'époque, mais ces performances sexuelles participaient à lui donner à lui-même une image d'homme en pleine santé et vigoureux, contrairement aux autres hommes de son âge. La participation au rallye devient ainsi moins importante à ses yeux. Ce qui le motivait à prendre son traitement disparaît donc par rapport à l'importance de récupérer sa vigueur sexuelle, alors qu'il attribue son impuissance au traitement. Il décide donc de l'arrêter.

Le Dr Hilary a bien remarqué que les choses n'allaient pas bien pour Jim Burns. Si sa pression artérielle a baissé, il n'a pas perdu de poids et continue de boire. Marquée par le décès de son précédent patient, **elle se sent incompétence et coupable.**

Jim Burns, lui, se sent en colère et plein de ressentiment. Et d'un point de vue de son risque cardiovasculaire, son niveau de stress représente un danger supplémentaire. Il ne voit pas d'issue possible : soit il continue le rallye en prenant le traitement, mais son mariage est en danger, soit il arrête pour son mariage, mais prend un risque pour la participation au rallye.





## Deux mois plus tard: la rencontre avec le Dr Winner

Deux mois plus tard, les choses se sont considérablement dégradées pour Jim Burns. Il a arrêté un temps le traitement, mais beaucoup angoissé à l'idée de faire une crise cardiaque, il l'a repris. Ses problèmes sexuels persistent, il boit plus et devient de moins en moins performant au travail. Son responsable, ami de longue date, lui conseille lors d'un entretien de consulter « son » cardiologue, le Dr Winner.

### Qui est le Dr Winner ?

Le Dr Winner, âgé d'une quarantaine d'années, est un médecin qui a confiance en ses qualités professionnelles, reconnu par ses pairs. Ayant pris connaissance des notes du Dr Hilary, il constate que Jim Burns a commencé un traitement de Lisinopril, et s'il a arrêté de fumer, il est toujours en surpoids, et a augmenté sa consommation d'alcool. Une simple mention est faite de ses problèmes sexuels. IL constate l'excellent rapport fait parle Dr Hilary, d'un point de vue scientifique, et son choix parfait de commencer le traitement. Néanmoins, il s'interroge sur la non-amélioration de Jim Burns. Il a ainsi à l'idée que ses problèmes sexuels ont plus de poids dans son état général.



## La consultation entre le Dr Winner et Jim Burns

Jim Burns a décidé de parler plus directement de ses problèmes sexuels, qui sont absolument centraux dans son état actuel.

Le Dr Winner reprend quelques éléments formels sur sa tension artérielle, et rentre dans l'univers de Jim Burns, **en utilisant de nombreuses métaphores avec la course automobile**. En se concentrant moins sur son style de vie, il confirme la bonne décision du Dr Hilary, puis **revient sur les problèmes sexuels de Jim Burns**.

Son premier objectif est **de partir de ses croyances** (le traitement cause l'impuissance), pour lui expliquer ensuite le mécanisme de l'érection. En illustrant ses propos avec un diagramme, le Dr Winner montre à Jim Burns **comment la pression sanguine est à un moment diminuée pour permettre au pénis de rentrer totalement en érection, tout en utilisant des métaphores avec les voitures** (les valves, prendre soin de sa voiture, etc.). Jim Burns à la fois **se sent en confiance, et prêt à entendre les conseils de changement de style de vie, pour diminuer ses problèmes d'impuissance**.



## À la sortie de la consultation : analyses de valeurs

Cette consultation a permis à Jim Burns de **retrouver confiance en lui, et de s'approprier sa maladie et ses conséquences.**

C'est ce qu'on appelle autrement le processus d'**empowerment** : Jim Burns devient acteur de sa maladie, et de l'organisation de sa vie pour y face, le Dr Winner ayant compris et respecté ce qui comptait réellement pour son patient (ses problèmes d'érection).

Jim Burns a ainsi changé son mode de vie, arrêté de boire et perdu du poids, tout en arrêtant le traitement dans un premier temps, **désirant retrouver le contrôle** par lui-même de sa vie. Toujours suivi par le Dr Winner, il a commencé par la suite un traitement par statine, puis à nouveau un traitement pour faire baisser sa pression artérielle, étant prêt à accepter celui-ci.



**Pour résumer :**

**Le Dr Hilary a pensé « preuves scientifiques », mais a oublié de penser aux valeurs** en jeu : elle a été aveugle du point de vue des valeurs, les siennes comme celles de son patient. Le résultat a été une prise en charge basée uniquement sur des données scientifiques, ce qui n'a pas permis de réduire la tension artérielle de Jim Burns.


**Le Dr Winner au contraire, a pensé aussi bien aux faits qu'aux valeurs** : en commençant par ce qui comptait vraiment pour son patient, son utilisation des preuves scientifiques a été **les mêmes que celle du Dr Hilary, mais en étant centrée sur les valeurs du patient.**

Cela a permis à Jim Burns de s'engager dans le traitement, de reprendre le pouvoir face à sa maladie et sa vie, et de s'engager activement dans un changement de style de vie, non pour réduire en priorité sa pression artérielle, mais pour retrouver ses performances sexuelles, avec, bien sûr, des conséquences très positives pour réduire son risque d'accident cardio-vasculaire.

## 4. Outils pour l'application de la VBP dans votre pratique

- ➔ Cette liste de questions, non exhaustive, est extraite du travail de Jennifer Chevinsky, Bill Fulford, Ed Peile et Alicia Monroe, dans leur *Module curriculum for Medical Students, Who Needs Values ? Approaching Values-Based Practice in Medical Education ; Instructor's Manual*, disponible en intégralité ici:

[https://www2.warwick.ac.uk/fac/med/study/research/vbp/cambridgevbpworkshop/session\\_4\\_-\\_instructors\\_manual\\_medical\\_school\\_vbp\\_curriculum.pdf](https://www2.warwick.ac.uk/fac/med/study/research/vbp/cambridgevbpworkshop/session_4_-_instructors_manual_medical_school_vbp_curriculum.pdf)

- 
- Quelles valeurs comptent pour vous ? (réfléchissez au 5 valeurs les plus importantes pour vous)
  - Quelles sont celles qui ne comptent pas ?
  - Quelles sont les valeurs du patient ? Comment celles-ci peuvent influencer sur ses préférences pour un traitement ?
  - Quelles sont les valeurs exprimées par le clinicien ? Par l'équipe médicale ? Comment ces valeurs impactent-elles sur le choix du traitement ?
  - Comment le langage utilisé vous permet-il de découvrir les valeurs en jeu ? Analyser au sein de votre langage et de celui du patient les termes qui portent en eux-mêmes des valeurs.
  - Si certaines données d'un cas étaient changées, changeriez-vous de conclusion sur la prise en charge à adopter ?
    - Par exemple, si le patient était d'une autre ethnie, d'une autre nationalité, d'un autre genre, d'une autre sexualité ?
    - Si le patient avait un historique de toxicomanie, d'abus d'alcool ou de maladie psychiatrique ? S'il avait récemment fait de la prison ? Etc.
  - Réfléchissez à vos propres valeurs qui vous feraient changer de point de vue.

MES VALEURS	LES VALEURS DES AUTRES
1. En quoi cette situation me fait penser à une expérience similaire par le passé ?	Comment cette situation fait écho à d'autres situations similaires pour ceux qui en font l'expérience ?
2. Pourquoi je sens que cette situation est similaire ou différente d'autres situations vécues dans le passé ?	Pourquoi ils pensent que cette situation donnée est similaire ou différente de celles qu'ils ont déjà expérimentées ?
3. Quelles données, si elles étaient différentes, changeraient mon analyse et pourquoi ?	Quelles données, si elles étaient différentes, changeraient leur analyse et pourquoi ?
4. Est-ce que mes pensées et mon raisonnement sont en cohérence avec mes valeurs ?	Est-ce que leurs pensées et leur raisonnement sont en cohérence avec leurs valeurs ?
5. Comment les quatre principes de <u>bioéthique</u> (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice) s'appliquent à cette situation ?	

# 5. Sources et liens

- Jennifer Chevinsky, Bill Fulford, Ed Peile et Alicia Monroe, dans leur *Module curriculum for Medical Students, Who Needs Values ? Approaching Values-Based Practice in Medical Education ; Instructor's Manual*.
- Fulford, K.W.M, Bill, Carroll, Heidi, Peile, Ed « Values-Based Practice: Linking Science with People », in *J Contemp Psychother* (2011) 41:145–156
- Fulford, K.W.M, Bill, Peil, Ed. , *Essential Values-Based Practice Clinical Stories linking Science with People*, Cambridge University Press 2012