

Why webinar CME and why not

*Peter Hutten-Czapski,
MD
Scientific editor, CJRM
Haileybury, Ont.*

*Correspondence to:
Peter Hutten-Czapski;
phc@srpc.ca*

You get an email from your medical school, or perhaps it's a shiny brochure, advertising a continuing medical education (CME) webinar. You can complete another 20–30 activities (hey, they are accredited), which are easy to connect to electronically, either “live” (albeit not in person) or as a stored video. Hmm ... you can now tweet your questions. CME anywhere, anytime, usually at no cost whatsoever. Sometimes you can even Skype in, if at least your top half is dressed. What's not to like?

And yet, again and again, I am happy to pull out my charge card, struggle with northern roads and airlines that don't seem interested in serving me or my luggage, and head to the big smoke, which I publicly dismiss and privately just don't feel very comfortable in anymore.

I am not alone. The Rural and Remote Medicine Course, a premiere event for us rural doctors, keeps getting bigger every year. Other conferences that I register for are also well attended by people who could have stayed at home. Why is e-CME failing to disrupt the traditional CME industry among rural doctors, who should be an easy target?

I truly don't know, but there are several factors at work. On the simplest level, we know that most of the e-content, the talking head, is the least effective form of learning. The most effective learning requires content that is relevant to the participant. It's more visceral than a needs survey; it's the ability of the content provider to respond to your individual practice, and that requires a rich 2-way interaction between the participants and the provider. In the hierarchy of

CME, this means the best setting is a small room where the participants learn from themselves and the presenter really acts more as a facilitator.

Then there are the intangibles. Certainly, diversions such as going shopping, going skiing and seeing a show are welcome to hard-working rural doctors and their families. Then there is the networking with people who share similar interests and challenges.

This doesn't mean that e-CME is going to go away, but there's an opportunity to improve its quality. To make remote CME really effective, you need to turn the cameras around, and you have to draw participants into a community of practice. It's not easy to do, never mind do well, but there are examples that work exceptionally well.

One example is Project ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes), which helps rural providers in New Mexico manage the treatment of patients with chronic diseases (<http://echo.unm.edu/clinics/clinic-hepc-community.html>). It's instructive to consider how this project was built. Its mission was not to provide treatment to patients, but to improve the expertise of rural physicians in providing treatment to patients with chronic diseases, such as hepatitis C, and providing better care without requiring the patients (or doctors) to travel. It's a program that serves to build support for a community of practice.

Remote CME is a fledgling effort, and expanding involves a lot more work than providing the talking head. But rural doctors and their patients are worth that effort.

Pourquoi ou non des webinaires de FMC

*Peter Hutten-Czapowski,
MD*

*Rédacteur scientifique,
JCMR
Haileybury (Ont.)*

*Correspondance :
Peter Hutten-Czapowski;
phc@srpc.ca*

Vous recevez un courriel de votre faculté de médecine ou peut-être un dépliant rutilant annonçant un webinaire de formation médicale continue (FMC). Vous pouvez faire 20 à 30 autres activités (après tout, elles donnent droit à des crédits) auxquelles il est facile d'accéder par voie électronique, en direct (mais pas en personne) ou en format vidéo enregistré. Hum ... vous pouvez même poser vos questions par Twitter. La FMC n'importe où, n'importe quand, et souvent sans aucun frais. Parfois, vous pouvez même utiliser Skype si vous êtes convenablement vêtu en haut de la ceinture. Comment ne peut-on pas aimer cela?

Et pourtant, maintes et maintes fois, je suis heureux de sortir ma carte de crédit, d'emprunter les routes sinueuses du Nord et d'utiliser des compagnies aériennes qui ne semblent pas intéresser à me servir et à faire suivre mes bagages, pour me diriger vers la Grande-Ville, que je rejette en public et où, en privé, je ne me sens plus vraiment à l'aise.

Et je ne suis pas le seul. La conférence Médecine en milieu rural et éloigné, un événement important pour nous médecins en milieu rural, continue de prendre de l'expansion année après année. D'autres conférences auxquelles j'assiste accueillent aussi un nombre important de participants, qui auraient pu rester à la maison. Pourquoi la cyber-FMC ne parvient-elle pas à déloger l'industrie traditionnelle de la FMC chez les médecins ruraux? Ils devraient pourtant être une cible facile?

Je ne sais vraiment pas, mais plusieurs facteurs entrent en jeu. À la base, nous savons que pour la plupart des cybercours, la présentation à l'écran est la forme la moins efficace d'apprentissage. L'apprentissage le plus efficace requiert du contenu pertinent pour le participant. C'est plus viscéral qu'un sondage sur les besoins; c'est la capacité du fournisseur de contenu à prendre en considération les besoins de votre pratique individuelle et pour cela, il doit y avoir une interaction

bidirectionnelle fructueuse entre les participants et le fournisseur. Dans la hiérarchie de la FMC, cela signifie que le meilleur environnement d'apprentissage est une petite pièce où les participants apprennent d'eux-mêmes et le présentateur agit en fait comme un animateur.

Puis, il y a les intangibles. Certes, les divertissements comme le magasinage, le ski et les spectacles plaisent aux médecins ruraux — qui travaillent fort — et à leurs familles. Puis, il y a les occasions de rencontrer des personnes qui partagent vos intérêts et font face à des défis similaires.

Cela ne signifie pas que la cyber-FMC va disparaître, mais qu'il faudrait en améliorer la qualité. Pour que la FMC à distance soit vraiment efficace, il faut tourner les caméras à 180 degrés et attirer les participants dans une communauté de pratique. Ce n'est pas facile à faire, et encore moins à bien faire, mais dans certains cas, cela fonctionne exceptionnellement bien.

Un exemple est le projet ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes), qui aide les fournisseurs de soins de santé en milieu rural au Nouveau-Mexique à prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques (<http://echo.unm.edu/clinics/clinic-hepc-community.html>). Il est instructif d'examiner la genèse de ce projet. Sa mission n'était pas de fournir des traitements aux patients, mais d'améliorer les compétences des médecins en milieu rural pour traiter les patients atteints de maladies chroniques, telles que l'hépatite C, et de fournir de meilleurs soins sans exiger que les patients (ou les médecins) aient à voyager. C'est un programme qui vise à renforcer le soutien d'une communauté de pratique.

La FMC à distance en est à ses premiers balbutiements, et son expansion exigera beaucoup plus de travail que d'offrir un enseignement à l'écran. Mais les médecins en milieu rural et leurs patients en valent l'effort.