

ESSAI DE FAISABILITÉ D'UNE BRÈVE THÉRAPIE D'EXPOSITION PAR L'ÉCRITURE
PAR INTERNET POUR LA PEUR DE PARLER EN PUBLIC

THÈSE DE DOCTORAT PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ DES ÉTUDES
SUPÉRIEURES ET DE LA RECHERCHE EN VUE DE L'OBTENTION
DU DOCTORAT PROFESSIONNEL EN PSYCHOLOGIE (D.PSY.)

ALEX-ANNE LAMOUREUX

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES
COMMUNAUTAIRES

UNIVERSITÉ DE MONCTON
mai 2024

COMPOSITION DU JURY

Présidente du jury	Dre Sophie Drouin Rousseau	École de psychologie Université de Moncton
Directrice de la thèse	Dre France Talbot	École de psychologie Université de Moncton
Examinatrice externe	Dre Janine V. Olthuis	Department of Psychology University of New Brunswick
Examinatrice interne	Dre Vickie Plourde	École de Psychologie Université de Moncton

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette thèse n'aurait pu s'être effectuée sans le soutien de personnes très importantes. Je tiens d'abord à remercier la directrice de thèse, Dre France Talbot, pour son encadrement, son expertise, sa patience, ses encouragements et son souci du détail qui ont été vitaux pour la remise de ce projet. Toutes les heures dédiées au développement de ce programme m'ont fait grandir autant sur le plan professionnel que sur le plan personnel. Merci pour ces apprentissages inestimables.

Merci à la Dre Vickie Plourde, lectrice interne de cette thèse, ainsi qu'à la Dre Janine V. Olthuis, lectrice externe de cette thèse. Je suis très reconnaissante de votre temps consacré à la lecture, vos conseils, vos recommandations constructives qui ont réellement peaufiné ce travail.

Je tiens à remercier mes proches. D'abord, merci à ma mère, Nathalie, pour sa confiance, ses encouragements et son soutien dans toutes les aventures que j'entreprends, incluant ce projet de grande envergure. Merci à Isabelle, ma chère amie et consœur, qui m'a accompagnée et relevée continuellement durant ce cheminement. Je tiens à souligner ma superviseuse clinique et employeuse, la psychologue Eve, pour sa compassion, sa flexibilité et son appui durant ces dernières années. Finalement, merci à mon conjoint, Kévin, pour la douceur de sa présence qui m'a permis de continuer d'avancer vers la réalisation de ce projet.

SOMMAIRE

La peur de parler en public est un type d'anxiété de performance qui se classe comme une spécificité de l'anxiété sociale. Il s'agit du type d'anxiété sociale le plus fréquent et de la peur la plus répandue dans la population générale. Cette peur devient accaparante pour bien des gens et freine le fonctionnement optimal de ceux-ci dans plusieurs domaines de leur vie. Sans traitement, les symptômes s'aggravent avec le temps et peuvent s'accompagner d'autres symptômes d'anxiété sociale ou de conditions comorbides incluant la dépression et les troubles liés à l'utilisation de substances. Malheureusement, plusieurs barrières réduisent l'accès à ces traitements. Des facteurs reliés à la nature du problème, soit la peur du jugement, ainsi que le manque de connaissances, les listes d'attentes, le manque de temps et les déplacements contribuent au sous-traitement de cette problématique. Les thérapies par Internet, qui ont connu un essor au cours des deux dernières décennies, peuvent aider à surmonter ces barrières et pourraient être une avenue moins menaçante pour cette population.

Un corps important de recherches appuie l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale par Internet pour l'anxiété sociale. Au meilleur de nos connaissances, seulement deux études ont évalué un programme en ligne basé sur la thérapie cognitivo-comportementale spécifiquement pour traiter la peur de parler en public. Malgré les résultats cliniques positifs, l'attrition au traitement demeure un défi. L'exposition est l'un des éléments les plus importants pour réduire le niveau de la peur. Il existe donc un besoin pour de nouvelles approches et avenues d'intervention. Plus récemment, une thérapie d'exposition par l'écriture a connu du succès pour le traitement du trouble de stress post-traumatique avec un taux élevé d'adhésion au traitement et un faible taux d'attrition. Une adaptation de cette thérapie a été réalisée en ligne avec soutien minimal pour l'anxiété généralisée et des résultats prometteurs ont été obtenus (Roch-Gagné & Talbot, 2019). Toutefois, l'attrition (57%) et l'adhésion (28%) au programme est plus faible qu'anticipé. Les auteurs suggèrent l'inclusion d'un appel téléphonique au début du programme pour guider les participants dans l'identification de leur scénario d'exposition. Mis à part cette approche, quelques recherches réalisées suggèrent également que la pratique de l'autocompassion par l'écriture peut être aidante pour réduire la peur de parler en public.

À la lumière des défis et avancées en recherche pour la gestion de la peur de parler en public, la présente étude vise à évaluer la faisabilité d'une thérapie d'exposition par l'écriture par Internet (TEEi) avec soutien clinique minimal ciblant spécifiquement cette peur. Une composante

d'autocompassion fait également partie de ce programme. Les critères de faisabilité pour cette étude incluent l'adhésion, l'attrition, l'acceptabilité du traitement et l'évaluation préliminaire de l'efficacité de l'intervention sur le niveau d'anxiété face à la peur de parler en public, les pensées positives et négatives liées à la peur de parler en public, l'anxiété sociale, l'autocompassion et la dépression.

Les participants ont été recrutés au Nouveau-Brunswick à l'aide d'annonces dans divers médias. Un protocole à groupe unique avec suivi de trois mois a été utilisé. Dix-neuf participants ont été inclus dans les analyses. Ils étaient âgés en moyenne de 37 ans (*é.-t.* = 11.85; *étendue* = 19-56) et incluait un nombre semblable de femmes et d'hommes ($n = 10$; $n = 8$, respectivement). La TEEi, *À la rencontre de son public*, d'une durée de six semaines a été offerte en français et en anglais avec soutien clinique à l'aide de la plateforme sécurisée etherapies.ca. Elle comporte un module de psychoéducation suivi de cinq séances d'écriture hebdomadaires de 20 à 30 minutes. Le soutien clinique minimal offert consiste en un appel à la première semaine pour identifier un scénario de peur de parler en public évoquant une anxiété modérée et d'un courriel au mi-traitement pour s'enquérir des progrès ou défis des participants et les encourager à poursuivre leurs efforts pour réduire l'évitement. Les mesures primaires d'efficacité incluent l'Échelle d'anxiété pour parler en public et l'Échelle d'auto-déclarations durant la prise de parole en public. Les mesures secondaires comprennent la SPIN (Social Phobia Inventory) -version française, l'Échelle d'autocompassion – version abrégée et le Questionnaire sur la santé du patient - 9.

La plupart des participants ont complété le programme (63%). Les taux de satisfaction variaient. La moitié des participants ont déclaré être plutôt satisfaits à satisfaits du programme et 80% le recommanderaient à un ami. Un taux d'attrition de 37% a été obtenu au post-test et de 53% au suivi. Après imputation multiple des données manquantes, des analyses de modèles à effets mixtes ont montré une diminution significative et large de l'anxiété face à la prise de parole en public ($p < 0.001$, Glass' delta = 1.23) avec maintien des gains au suivi de trois mois. Une augmentation significative de pensées positives liées à la prise de parole en public a également été obtenue ($p = 0.012$, Glass' delta = 0.68) avec des améliorations continues au suivi. Quant aux pensées négatives, une diminution petite à modérée est révélée du pré-traitement au post-traitement (Glass' delta = 0.41). Des diminutions de petites tailles des comportements de non-autocompassion sont obtenues au post-traitement (Glass' delta = 0.27) et au suivi (Glass' delta = 0.22). Pour les comportements d'autocompassion, une petite taille d'effet est observée du pré-

traitement au post-traitement (Glass' delta = -0.14). Des améliorations significatives et modérées sont observées pour cette mesure du post-traitement au suivi ($p = 0.021$, Glass' delta = -0.53). Les changements pour l'autocompassion du pré-traitement au suivi ont été significatifs et modérés ($p = 0.047$, Glass' delta = -0.49).

À la lumière de ces résultats, le programme de TEEi *À la rencontre de son public* est jugé faisable avec certaines modifications pour réduire l'attrition et augmenter la satisfaction encore davantage. Ces modifications incluent la provision d'un soutien clinique à l'aide d'un appel téléphonique au lieu d'un courriel au mi-traitement et l'option pour les participants de varier des aspects de leur scénario d'exposition ou d'utiliser un autre scénario d'exposition suscitant une anxiété modérée, à la suite de l'évaluation mi-traitement. L'utilité de l'autocompassion pour les interventions visant la peur de parler en public nécessite plus de recherche. Davantage de psychoéducation sur l'utilité de l'autocompassion en relation avec la peur de parler en public gagnerait à être présentée. La courte durée du programme *À la rencontre de son public*, et le niveau minimal de soutien clinique offert pourrait faciliter l'accès au traitement et ce à des coûts raisonnables en termes de ressources humaines.

TABLES DES MATIÈRES

COMPOSITION DU JURY.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
SOMMAIRE	iv
LISTES DES TABLEAUX	viii
LISTES DES FIGURES	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS	x
AVANT-PROPOS	xi
CHAPITRE 1. INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
CHAPITRE 2. ARTICLE.....	17
CHAPITRE 3. DISCUSSION GÉNÉRALE.....	60
RÉFÉRENCES	72
ANNEXE A. SOLLICITATIONS ET COMMUNICATIONS	83
ANNEXE B. INSTRUMENTS DE MESURES	101

LISTES DES TABLEAUX

Table 1. <i>Sociodemographic and mental health characteristics of participants.....</i>	39
Table 2. <i>Content of weekly sessions.....</i>	40
Table 3. <i>Comparisons between study and treatment completers and non-completers.....</i>	41
Table 4. <i>Means and standard deviations for the observed and estimated marginal means.....</i>	43

LISTES DES FIGURES

Figure 1. *Participant study flow chart*.....38

LISTES DES ABRÉVIATIONS

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition (DSM-5)

Peur de parler en public (PPP)

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Thérapie cognitivo-comportementale par Internet (TCCi)

Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Thérapie d'exposition par l'écriture (TEE)

Thérapie des processus cognitifs (TPC)

Thérapie d'exposition par l'écriture livrée par Internet (TEEi)

Social anxiety disorder (SAD)

Fear of public speaking (FoPS)

Cognitive behavioral therapy (CBT)

Fear of public speaking (FoPS)

Randomized controlled trial (RCT)

Internet-delivered cognitive behavioral therapy (iCBT)

Written exposure therapy (WET)

Post-traumatic stress disorder (PTSD)

Internet-based WET (iWET)

Patient Health Questionnaire-9 item (PHQ-9)

Pre-treatment (T1)

Mid-treatment/Week 4 (W4)

Post-treatment (T2)

3-months-follow-up (T3)

Public Speaking Anxiety Scale (PSAS)

Self-Statements during Public Speaking Scale (SSPS)

Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF)

Social Phobia Inventory (SPIN)

AVANT-PROPOS

La thèse de doctorat présentée est une étude intitulée « Essai de faisabilité d'une brève thérapie d'exposition par l'écriture par Internet pour la peur de parler en public » (titre original anglais de l'article : A feasibility open trial of a brief Internet-delivered writing exposure therapy for fear of public speaking). L'étude est rédigée sous forme d'article. L'article a été soumis à la revue scientifique Behavioural Cognitive Psychotherapy, le 19 mars 2024. Ce projet a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'Université de Moncton (numéro : 2021-097). Alex-Anne Lamoureux, l'auteure principale de l'article et coordinatrice du programme, a effectué le recrutement, la collecte de données, l'analyse de données et la rédaction du manuscrit. L'entièreté du projet s'est réalisée sous la direction de la deuxième auteure, la professeure Dre France Talbot, qui a assuré la direction, la conceptualisation, l'encadrement de la recherche et a contribué à la rédaction du manuscrit.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'anxiété sociale est un trouble anxieux avec une prévalence à vie élevée (entre 7% et 13%) dans les pays occidentaux (Furmark, 2002). Auprès d'une population canadienne, la prévalence annuelle est d'environ 3% à 7% (Caron & Liu, 2010; Stein, Torgrud & Walker, 2000). Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition (DSM-5), « la caractéristique essentielle de l'anxiété sociale est une peur ou une anxiété marquée, ou intense, de situations dans lesquelles l'individu peut être sous l'observation attentive d'autrui » (p. 238). Les gens craignent de se mettre dans l'embarras, d'être humiliés ou d'être jugés négativement par autrui. La peur ou l'anxiété est souvent démesurée par rapport à la menace réelle. Les situations sociales sont alors typiquement évitées ou endurées avec une grande détresse (American Psychological Association [APA], 2015). Les gens avec une anxiété sociale entretiennent un niveau élevé d'autocritique ainsi que d'attentes souvent irréalistes et inatteignables envers eux-mêmes (Morrison & Heimberg, 2013). Ils se soucient de la représentation mentale subjective de leur image selon la perspective des gens devant qui ils se présentent (c.-à-d., « votre image de mon image de moi ») (Morrison & Heimberg, 2013).

L'anxiété sociale devient problématique lorsqu'elle affecte significativement des domaines importants de la vie d'une personne comme le travail ou les études, les relations interpersonnelles, les activités récréatives et personnelles de la vie quotidienne (APA, 2015). La spécification « Seulement de performance » est donnée si la peur se limite aux situations de performance ou de parler en public (APA, 2015, p. 238). Les personnes qui ont une anxiété sociale de type seulement de performance ont typiquement des peurs plus invalidantes dans leur vie professionnelle ou dans des rôles qui nécessitent de prendre régulièrement la parole en public.

La peur de parler en public

La peur de parler en public (PPP) est le type le plus fréquent d'anxiété sociale, en plus d'être la peur la plus intense et prévalente dans la population générale (Osório et al., 2011). Environ un tiers d'une population générale au Canada ressent une anxiété excessive quand il en vient à parler en public (Stein et al., 1996). D'un point de vue sociodémographique, la PPP est associée à un jeune âge, au sexe féminin, au célibat, à un faible niveau d'éducation, à un revenu faible et est plus fréquente dans les pays à revenus élevés (Stein et al., 2017). En général, les hommes avec une

anxiété sociale ont plus tendance à chercher de l'aide que les femmes, ce qui expliquerait possiblement la prévalence plus élevée chez la femme (Asher et al., 2017).

Il y a plusieurs symptômes qui distinguent l'anxiété sociale, liée à l'interaction, et l'anxiété de performance, comme la PPP (Blöte et al., 2009; Canton et al., 2012). Bien que les symptômes d'anxiété sociale et de la PPP soient semblables, ces premiers sont présents dans un éventail de situations bien plus large, et non seulement lors de performances publiques. De plus, il est possible que l'intensité de la peur des gens avec une PPP soit considérablement plus élevée dans ce contexte en particulier, comparativement aux individus avec une anxiété sociale (Blöte et al., 2009). En d'autres mots, bien que les deux puissent co-exister, les gens avec une anxiété sociale n'ont pas nécessairement peur de parler en public et vice-versa. Notamment, les gens avec une PPP peuvent ressentir des symptômes d'activation physiologique (p. ex., des rougeurs ou des tremblements), entretenir des pensées négatives à propos d'eux-mêmes (p. ex., « Je vais dire quelque chose de stupide ») et manifester des comportements d'évitement ou des comportements sécurisants suite à la performance d'un discours ou à son anticipation (p. ex., éviter le contact visuel) (Blöte et al., 2009; Bodie, 2010; Daly et al., 2009). Les peurs les plus communes chez les gens avec une PPP incluent : la peur du jugement; de manifester des signes physiques d'anxiété; de prononcer des paroles ridicules ou insensées; de paraître idiot; d'être incapable de continuer de parler ou d'avoir des oublis; et que cette peur influence négativement les expériences d'apprentissage (c.-à-d., pour les étudiants universitaires) (Grieve et al., 2021; Stein et al., 1996). Les pensées mal adaptées peuvent contribuer au maintien de la surestimation du danger perçu, d'un biais d'attention centré vers l'interprétation de signes négatifs, des symptômes d'anxiété, des comportements d'évitement et d'isolation, ainsi qu'au maintien d'une régulation émotionnelle limitée (Hofmann, 2007; Morrison & Heimberg, 2013). Les pensées négatives augmentent la tendance à la rumination (*post-event processing*), ce qui maintient en retour une image et une perception négativement biaisées (Morrison et Heimberg, 2013).

La PPP peut donc entraîner des conséquences importantes au niveau social, occupationnel ainsi que dans plusieurs autres domaines de la vie des gens (Pull, 2012). Sans la gestion de cette difficulté, la moitié des adultes ayant une PPP finissent par développer un trouble d'anxiété sociale ou d'autres troubles de nature anxieux, liés à l'humeur ou liés à l'utilisation de substances (Blöte et al., 2009; Stein et al., 2017). L'ampleur de ces répercussions prend un sens en considérant que les compétences académiques et professionnelles d'un individu sont souvent liées aux habiletés de

communication orale. Les gens pour qui cela pose un défi peuvent se retrouver avec un choix de carrière réduit, ainsi qu'une moins grande probabilité d'embauche et de promotion. En revanche, ceci peut également occasionner de la frustration, un niveau de détresse élevé et une dépression (Bodie, 2010; Pertaub et al., 2002). Jusqu'à 10% des adultes de la population générale avec une PPP affirment que cette peur interfère considérablement avec leur vie sociale, leur travail, leur éducation et surtout, qu'elle leur cause une grande détresse (Asher et al., 2017; Stein et al., 1996). Les conséquences dans le domaine du travail et sur le plan émotionnel sont importantes à considérer, surtout que la PPP se développe généralement durant l'adolescence (Wittchen & Fehm, 2003). Cette peur peut devenir couteuse, non seulement pour l'individu, mais pour la société également en considérant le décrochage scolaire qu'elle peut amorcer ainsi que les taux d'absentéisme plus élevés au travail comparativement à la population générale (Griffiths, 2013; Lépine, 2002).

Traitements psychologiques de la PPP

Selon le guide de pratique clinique de l'Association canadienne des troubles anxieux, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est le traitement psychologique de choix pour l'anxiété sociale (Katzman et al., 2014). Elle inclut des tâches cognitives et comportementales, dont la thérapie par exposition, une composante essentielle, qui consiste à faire face graduellement aux peurs de manière répétée pour réduire le niveau d'anxiété. Alors que l'efficacité de chacune des composantes de la TCC demeure à être davantage précisée, des études ont démontré l'efficacité de l'exposition seule pour l'anxiété sociale (Katzman et al., 2014). Bien que cette thérapie soit efficace pour plusieurs, un nombre important de gens continue de présenter des symptômes problématiques au post-traitement et ne répondent pas à cette approche thérapeutique (Herbert et al., 2005; cité dans Dalrymple et Herbert, 2007). Malgré la prévalence élevée de la PPP, peu d'études ont été menées sur l'efficacité des TCC pour cette spécification, la majorité des études portant sur l'anxiété sociale de façon plus globale. De plus en plus d'études reconnaissent les différences entre la PPP comme type d'anxiété sociale de performance et l'anxiété sociale plus générale, avec ou sans cette spécification. Il est donc judicieux d'établir une distinction dans la recherche entre ces différentes populations (Blötes et al., 2009).

Une méta-analyse portant spécifiquement sur l'effet des interventions psychologiques sur la PPP a récemment été réalisée par Ebrahimi et collègues (2019). La dernière méta-analyse ciblant

uniquement une population avec une PPP date de plus de 30 ans et comportait plusieurs limites méthodologiques, dont l'inclusion d'études non contrôlées et non randomisées (Allen et al., 1989; Ebrahimi et al., 2019). Cette récente méta-analyse rassemble 30 études contrôlées randomisées ($N = 1355$). Elle s'est penchée sur l'évaluation de l'effet du mode de thérapies, soit traditionnels non technologiques (p. ex., en face à face, par téléphone ou par bibliothérapie) et non traditionnels livrés à l'aide de la technologie (p. ex., *via* Internet, par réalité virtuelle, avec un ordinateur ou à l'aide de vidéos). Le cadre théorique des interventions a été regroupé sous cognitif et/ou comportemental si elles comprenaient au moins un des composants suivants : l'exposition, la restructuration cognitive, la relaxation, le *biofeedback* et la résolution de problèmes. La majorité étant des interventions basées sur une approche cognitive ou comportementale (50 sur 62). Les interventions ne faisant partie d'aucun de ces deux groupes appartenaient à la catégorie « autre ». Près de la moitié des études impliquaient des groupes contrôles actifs (p. ex., un placebo). Plusieurs études comparaient plus d'une intervention. Seule la thérapie par téléphone incluait le soutien d'un clinicien. Les résultats de l'étude indiquent que les thérapies faisant usage de la technologie, comme de l'Internet, sont aussi efficaces pour le traitement de la PPP que les thérapies en personne ou par téléphone. Une taille d'effet modérée à large est observée ($g = 0.70$). La moitié des études qui comprenaient des suivis de 1 à 12 mois ($n = 15$) appuient le maintien des gains thérapeutiques à long terme. Ainsi, les individus ayant suivi des thérapies cognitives ou comportementales continuent de s'améliorer au post-traitement. Aucune information n'a toutefois été rapportée quant aux taux d'attrition et d'adhésion au traitement, ainsi que sur la signification clinique des résultats (p. ex., taux de rémission). Néanmoins, la recherche d'Ebrahimi et al. (2019) suggèrent que d'autres options de mode de prestation encourageante peuvent être offertes et autant bénéfiques pour les gens avec une PPP, par exemple, les thérapies par Internet.

Thérapies par Internet

Malgré la prévalence et la sévérité de l'anxiété sociale ainsi que la présence de traitements efficaces, celle-ci demeure peu traitée (Griffiths, 2013). Ce phénomène pourrait être lié à la nature du trouble, impliquant une peur des interactions sociales, du jugement et l'évitement de ces interactions, incluant les séances thérapeutiques avec un clinicien (Wang et al., 2005). Il est fréquent que les gens atteints d'anxiété sociale attendent de nombreuses années avant de chercher une aide. Les symptômes se sont alors souvent aggravés entraînant les possibles complications

additionnelles associées. Outre la peur et l'évitement, d'autres barrières face à la recherche d'aide chez les gens avec une anxiété sociale incluent un manque de connaissance sur le sujet (p. ex., la croyance de ne pas être atteint d'un trouble), l'attribution erronée des symptômes pour de la gêne, la peur du stigma, de longues listes d'attentes, les couts, le manque de temps et les déplacements physiques (Griffiths, 2013). D'un autre côté, les professionnels auraient également de la difficulté à identifier l'anxiété sociale chez leurs clients dus à un manque de formation en anxiété sociale, de mesures de dépistage et de sensibilisation à sa prévalence communautaire (Goetter et al., 2020; Griffiths, 2013). Un autre facteur à ne pas oublier dans ce domaine consiste aux différentes conceptualisations de la PPP par rapport à l'anxiété sociale, qui ne sont pas prises en compte de façon unanime dans la littérature.

Les thérapies par Internet peuvent non seulement offrir une solution pour faciliter l'accès au traitement pour les gens aux prises avec l'anxiété sociale, mais aussi être perçues comme étant moins menaçantes (Lee & Stapinski, 2012). Plusieurs revues et méta-analyses appuient l'efficacité des TCCi pour cette population. Par exemple, une première et récente revue systématique et métaanalyse regroupant 20 études contrôlées randomisées ($N = 1743$) a évalué l'efficacité de la TCCi auprès de patients adultes présentant un trouble d'anxiété sociale selon les critères du DSM-5 (Guo et al., 2021). La TCCi inclut typiquement une composante de psychoéducation, de restructuration cognitive et d'exposition. Les résultats ont mis en évidence des tailles d'effets modérées positives et significatives de la TCCi ($g = -0.55$, $p < 0.05$) par rapport aux groupes contrôles, en plus d'être aussi bénéfiques que la TCC. De plus, la TCCi s'est révélée tout aussi efficace quand elle est livrée par des thérapeutes expérimentés que des thérapeutes inexpérimentés, ou lorsqu'elle est offerte sans soutien d'un clinicien (autogérée). Aucun effet n'a été discerné entre la TCCi et la TCC avec ajout d'autres thérapies (entraînement à l'attention, escitalopram, stratégies d'amélioration de la motivation). L'efficacité à long terme a été démontrée par le maintien des gains au fil du temps (suivi de 6 et 12 mois). Les chercheurs ne discernent aucune différence sur le plan de l'attrition entre la TCC et la TCCi. Les analyses ont également souligné que les interventions qui ont inclus une plateforme de discussion ne rapportent pas des effets plus importants que ceux n'en ayant pas comparativement au groupe contrôle. Ces résultats corroborent avec la précédente méta-analyse de Carlbring et collègues (2018), qui ont regroupé 20 études contrôlées randomisées et comparé le traitement en personne et les TCCi pour la gestion de troubles psychologiques (p. ex., la dépression et l'anxiété). Ils n'appuient qu'aucune différence

significative en matière d'efficacité et ajoutent qu'aucune différence entre les taux d'attritions n'a été observée entre la thérapie en personne et la TCCi avec soutien d'un clinicien. En effet, Olthuis et al. (2015) ont évalué dans une revue littéraire l'efficacité des TCCi avec soutien d'un clinicien. Ils ont trouvé que les TCCi avec soutien seraient supérieurs pour le traitement de l'anxiété chez une population adulte comparativement au groupe liste d'attente, information, ou de discussion en ligne. De plus, ces TCCi n'étaient pas inférieurs à la TCC face à face pour réduire l'anxiété, tout comme dans Carlbring et al. (2018). Ainsi, il y a considérablement d'appui empirique pour le traitement de l'anxiété sociale, certaines incluant la PPP, avec une approche comme la TCCi (Carlbring et al., 2018; Ebrahimi et al., 2019; Guo et al., 2021; Olthuis et al., 2015).

Le programme de Botella et collègues (2010), *Talk to Me*, est un des rares qui cible spécifiquement la PPP (Boettcher et al., 2013; Guo et al., 2021). Ces auteurs ont évalué auprès de 127 participants l'efficacité du programme *Talk to Me* dans une étude contrôlée randomisée composée de trois groupes : (1) TCC en face à face; (2) TCCi autogérée sans soutien avec un clinicien et (3) liste d'attente (groupe contrôle). Le groupe avec TCCi autogérée avait deux mois pour compléter le programme à son rythme, tandis que le groupe avec TCC en face à face suivait une à deux séances de thérapie de 45 à 60 minutes chaque semaine pendant deux mois. Une exposition graduelle a été effectuée à l'aide de cinq scénarios impliquant de faire une présentation devant différents publics préenregistrés (p. ex., groupe d'amis, salle de classe, réunion au travail, examen oral). Le public enregistré réagissait avec diverses expressions devant les participants qui présentaient (positives, négatives ou neutres). Comparativement au groupe contrôle, les deux groupes traitements ont démontré une amélioration significative des symptômes de leur PPP au post-traitement et au suivi d'un an. Dans le groupe de TCCi, 60% ne satisfaisaient plus les critères diagnostiques de l'anxiété sociale au post-traitement comparativement à 64% pour la TCC. Au suivi d'un an, des taux de rémission de 55% et 74% ont respectivement été obtenus. Par contre, un taux d'attrition significativement plus élevé a été rapporté pour la TCCi (52%) comparativement à la TCC (39%). Les auteurs soulignent que malgré son succès, les TCCi ne conviennent pas à tous les individus. Les participants du groupe TCCi ont rapporté comme raison d'abandon de s'être sentis mieux après quelques séances, d'avoir manqué de temps pour compléter le traitement, ou d'avoir douté de l'efficacité du traitement. Les auteurs suggèrent qu'un contact par courriel ou par téléphone pourrait pallier le problème d'attrition en motivant davantage les participants à terminer l'étude. Le fait que les gens étaient laissés à eux-mêmes pour suivre le programme durant deux

mois pourrait aussi avoir influencé les taux d'attrition. L'utilisation d'un programme structuré avec courriels automatisés hebdomadaires a également été suggérée pour réduire les taux d'abandon (Botella et al., 2010).

Gallego et collègues (2011) ont évalué une adaptation néerlandaise du programme *Talk to Me*, de Botella et collègues (2010), dans une étude contrôlée randomisée. L'étude comparait deux groupes soit (1) la TCCi et (2) une liste d'attente. À la différence de Botella et collègues (2010), un soutien minimal avec un clinicien a été offert par courriel dans les cas où les participants ne commençaient pas le programme ou en l'absence de progrès dans le programme pour plus d'une semaine. De larges tailles d'effet intergroupes ($d = .86$) et intragroupes ($d = 1.13$) en faveur du groupe traitement ont été obtenues; 31% des participants ne satisfaisaient plus les critères diagnostiques du trouble de l'anxiété sociale. La satisfaction face au traitement mesurée sur une échelle de 0 à 10 (10 = satisfaction élevée) s'est avérée acceptable ($M = 6.38$, $SD = 2.57$) et l'intervention a été perçue comme étant utile ($M = 7.38$, $SD = 2.18$). Le taux d'attrition s'élevait cependant à 46%, dont 64% de ces participants avaient abandonné avant le début du programme. Les principales raisons d'attrition se ramènent à des problèmes techniques (44%) ou au manque de temps (33%). L'étude de Gallego et al. (2011) informe que lors du recrutement, il serait pertinent de s'assurer que les gens ont suffisamment de temps ainsi que les habiletés nécessaires pour naviguer un programme par Internet pour diminuer les chances d'abandon.

Thérapie d'exposition par l'écriture

Les études présentées ci-haut appuient la pertinence de la TCCi spécifiquement pour la PPP. Toutefois, comme pour la TCC en personne, les taux d'attrition demeurent non négligeables et problématiques. Il est possible que ces taux puissent être attribuables au médium d'exposition. L'utilisation de l'écriture pourrait alors présenter une autre option. L'exposition à l'aide de l'écriture a surtout été évaluée dans le cadre du stress post-traumatique, à l'aide d'approches telles que la thérapie d'exposition narrative (Schauer, Neuner & Elbert, 2011), la thérapie d'écriture structurée en ligne (*Online Structured Written Therapy*, Lange et al., 2000) et la thérapie d'exposition par écriture (Sloan et al., 2013). Ces thérapies s'inspirent du paradigme de l'écriture expressive de Pennebaker et Beall (1986), une procédure comportant trois séances d'écriture quotidienne de 20 minutes sur des expériences stressantes ou traumatiques. L'écriture expressive est appuyée empiriquement, bien que les tailles d'effets soient petites (Frattaroli, 2006). Une

application du paradigme de Pennebaker a déjà été réalisée pour l'anxiété face aux tests (Ramirez & Beilock, 2011). Ceci suggère qu'une thérapie par l'écriture pourrait alors être bénéfique pour la PPP, considérant que l'anxiété face aux tests est un type d'anxiété de performance étroitement lié à la PPP (Pull, 2012). Pour en revenir à l'étude de Ramirez et Beilock (2011), la performance des étudiants avec un niveau élevé d'anxiété face aux tests a été évaluée lors d'une situation sous pression (p. ex., obtention d'un prix monétaire, présence ressentie d'attentes sociales) et comparée à celle d'étudiants avec un faible niveau d'anxiété face aux tests. La tâche d'écriture demandait aux participants d'écrire spontanément leurs pensées, leurs émotions liées aux problèmes mathématiques qu'ils s'apprêtaient à résoudre, et ce, immédiatement avant leur examen. À la suite de cette brève intervention, la performance des étudiants avec un niveau élevé d'anxiété s'est significativement améliorée. Leur niveau s'est rapproché des scores obtenus par les étudiants avec un niveau faible d'anxiété. Ainsi, l'identification des émotions lors d'une tâche d'exposition pourrait particulièrement être bénéfique auprès des gens avec une PPP (Niles et al., 2015).

Sloan et collègues (2012) se sont aussi intéressés à l'utilisation du paradigme d'écriture expressive de Pennebaker et Beall (1986). Ils s'en sont inspirés en l'évaluant comme forme d'exposition pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT). L'adaptation du paradigme d'écriture expressive de Sloan et al. (2012) a fini par se développer en la thérapie d'exposition par l'écriture (TEE). Cette thérapie brève comporte cinq séances d'écriture de 30 minutes avec contact minimal d'un clinicien pour expliquer les procédures et s'assurer qu'elles soient respectées (environ 25 minutes pour la première session puis 10 minutes ou moins pour les autres, Sloan et al., 2012). Cette approche présente un intérêt particulier en raison de son faible taux d'attrition. Dans les séances d'écriture, les instructions impliquent l'adoption d'une perspective distanciée plutôt qu'immersive, l'exposition à un seul événement traumatique par intervention et la description des pensées et émotions liées à cet événement, plutôt qu'une description centrée sur l'évènement traumatique en soi. Plusieurs études appuient l'efficacité de cette TEE, qui se classe maintenant parmi les traitements recommandés par les guides de pratique clinique (Sloan et al., 2012; Sloan et al., 2018; Thompson-Hollands, Marx, & Sloan, 2019; U.S. Department of Veteran Affairs, 2023). Par exemple, dans une étude contrôlée randomisée menée auprès de 46 participants ($n = 22$ groupe actif, $n = 24$ groupe liste d'attente), seulement 5% des participants présentaient toujours un TSPT comparativement à 88% du groupe liste d'attente après 6 semaines (Sloan et al., 2012). Cette même étude rapporte un faible taux d'attrition (9%) ainsi qu'un taux d'adhésion hors

du commun au traitement (100%). De plus, la TEE s'est avérée aussi efficace que certaines interventions de première ligne pour le TSPT, telle que la thérapie des processus cognitifs (TPC, Resick & Schnicke, 1992; Watkins et al., 2018).

Un des plus grands attraits de la TEE, consiste en ses taux d'attrition considérablement moins élevés comparativement à d'autres études basées sur des données probantes pour le traitement du TPST. Par exemple, le taux d'attrition de la TEE s'est révélé significativement plus bas que pour la TPC (6% versus 39%). Dans une étude subséquente, les gains thérapeutiques se sont maintenus à un suivi de 60 semaines pour les deux interventions (Thompson-Hollands et al., 2018). Bien que la puissance statistique puisse ne pas avoir été optimale pour évaluer les différences entre les deux interventions, ces résultats sont néanmoins intéressants. Foa et collègues (2005) rapportent également des taux d'attrition plus élevés que la TEE, soit de 34% pour une intervention d'exposition prolongée et de 41% pour une intervention combinée d'exposition prolongée avec restructuration cognitive. Resick et collègues (2002), eux, rapportent des taux d'attrition de 27% pour le traitement de la TPC et 27% pour l'exposition prolongée dans une étude de comparaison de ces deux interventions. Plusieurs facteurs pourraient expliquer le faible taux d'attrition et la meilleure adhérence au traitement de la TEE. D'abord, l'exposition pourrait être plus tolérable et confortable, puisque les participants n'ont pas à interagir en personne avec un clinicien. Ensuite, l'exposition en début de traitement pourrait limiter l'anxiété anticipatoire liée à la tâche et faciliterait sa tolérance. Enfin, l'absence de devoirs entre séances éviterait le développement de sentiments de culpabilité ou de honte face au manque d'adhésion limitant les comportements d'évitement, l'absentéisme ou l'attrition (Sloan et Marx, 2019).

Une première version télésanté de la TEE avec contact téléphonique d'un clinicien s'est toutefois avérée moins fructueuse. Sloan et Mark (2019) ont mentionné que l'organisme de financement a demandé l'ajout d'un groupe de comparaison télésanté dans leur étude initiale. Cette étude visait à tester l'efficacité de la TEE pour la gestion du TSPT chez les personnes ayant eu un accident de la route (Sloan et al., 2012). Une étude pilote a donc été menée. Leur protocole impliquait un horaire spécifiant les jours et les heures pour chaque séance d'écriture. Un thérapeute appelait l'individu à l'heure déterminée pour chaque séance et lui fournissait des instructions. Après la durée recommandée de l'exercice d'écriture, soit 30 minutes, le thérapeute appelait à nouveau pour vérifier le déroulement de la séance. Malheureusement, les auteurs ont rapporté qu'au moins 50% des participants qui avaient accepté de recevoir le programme ont abandonné avant la

première séance de traitement. De plus, parmi ceux qui ont commencé l'intervention, un nombre important a abandonné après une séance. Les auteurs ont stipulé que ce manque d'engagement était lié à l'évitement des déclencheurs traumatiques et de la détresse associée. Ils ont conclu que les personnes souffrant d'un TSPT étaient beaucoup plus disposées à s'engager dans le protocole TEE dans un contexte clinique qu'à domicile. La version télésanté du protocole TEE a donc été abandonnée. Récemment, LoSavio et ses collègues (2023) ont évalué l'efficacité de la TEE dans un contexte clinique en évaluant les modes de prestation en personne et par télésanté (vidéoconférence). Les résultats ont indiqué des améliorations significatives des symptômes TSPT. Cette fois, les participants utilisant la télésanté étaient même plus enclins à compléter le traitement (79%) que ceux l'ayant suivi en personne (66%). Le taux d'abandon des participants pour la télésanté était également plus faible que ceux en personne (21% versus 34%). Les raisons invoquées pour expliquer ces abandons sont, par ordre d'importance, l'évitement, raison inconnue/perde de contact lors du suivi, et l'impossibilité de respecter l'horaire des séances. Il est important de nuancer ces résultats, car les auteurs notent qu'une partie de l'étude a été réalisée pendant la pandémie du COVID-19, ce qui a réduit les soins offerts en personne. Néanmoins, ces résultats suggèrent que la TEE peut être efficace en ligne, bien que les abandons soient plus élevés que dans les essais cliniques précédents.

Roch-Gagné et Talbot (2019) ont ainsi évalué la faisabilité d'une TEE de 6 semaines adaptée pour la gestion de l'anxiété généralisée et livrée par Internet (TEEi) avec soutien d'un clinicien au besoin ($N = 53$). Une diminution significative des symptômes d'anxiété a été observée ainsi qu'une large taille d'effet ($\eta^2 = 0.36$). Au post-traitement, 71% des participants se trouvaient sous le seuil clinique pour l'anxiété généralisée et les gains se sont maintenus au suivi de trois mois pour 63% d'entre eux. Les auteurs avancent que la TEEi pourrait être bénéfique pour le traitement de différents problèmes d'anxiété. En revanche, pour remédier au taux d'adhésion (28%) et au taux d'attrition (57%) moins favorable que prévu, des modifications méthodologiques ont été suggérées. Notamment, un contact préétabli, plutôt qu'au besoin, avec un clinicien serait préférable. Ce contact devrait avoir lieu au pré-traitement, pour clairement identifier la situation faisant l'objet de l'exposition. Pour ce qui en est du taux d'adhésion, les participants qui n'ont pas complété l'intervention, mais qui ont terminé l'étude, ont manifesté des améliorations significatives lors du post-traitement. Il est ainsi possible que les participants aient abandonné l'intervention après s'être suffisamment engagés pour en ressentir les bienfaits désirés. Les auteurs

concluent qu'une approche basée sur l'exposition pourrait avoir de potentiels bénéfices transdiagnostiques pour divers problèmes d'anxiété et vaut la peine d'être poursuivie.

L'adoption d'une perspective distanciée

Une composante distinctive de la TEE (Sloan et al., 2013) consiste en l'utilisation d'une perspective distanciée plutôt qu'immersive durant l'écriture du scénario. Les participants reçoivent la directive d'écrire au sujet de leur traumatisme non pas comme s'ils étaient dans la situation (c.-à-d., au temps présent), mais avec un recul et selon ce qu'il en pense au moment de la séance d'écriture. Plusieurs études démontrent que l'adoption d'une perspective distanciée permet aux individus de réfléchir aux événements négatifs passés d'une façon plus adaptée (Kross & Ayduk, 2017). Ceci leur permettrait de donner un sens aux événements négatifs afin qu'ils puissent cesser d'être une source de stress, ce qui diminue ensuite la tendance à la rumination (Kross & Ayduk, 2011). Une perspective distanciée pourrait être une approche intéressante pour pratiquer l'exposition pour les individus ayant une PPP. Elle pourrait s'avérer être une approche moins menaçante ce qui pourrait réduire le taux d'attrition. Cela correspond aux recommandations thérapeutiques émises d'une nouvelle conceptualisation théorique de l'anxiété sociale (Richey et al., 2019). À la différence des approches cognitivo-comportementales, ce modèle repose plutôt sur une compréhension développementale et émotionnelle de l'anxiété sociale. Parmi les approches thérapeutiques compatibles avec leur modèle, les auteurs mentionnent la pleine conscience, les actes de bienveillance et la compassion pour gérer l'anxiété sociale. Par exemple, pratiquer la distanciation après une expérience désagréable pourrait restaurer une motivation positive à s'engager dans des situations sociales. Cela favorise ensuite le potentiel de vivre une expérience positive, tout en déconstruisant les associations créées à partir des expériences passées négatives conduisant à l'évitement (Richey et al., 2019).

L'autocompassion

En plus de pratiquer l'exposition en faisant un retour distancié sur la situation anxiogène plutôt qu'en s'imaginant la vivre ou revivre, l'autocompassion pourrait ainsi faciliter davantage cette distanciation et promouvoir l'engagement thérapeutique. L'autocompassion a été conceptualisée comme comportant trois dimensions bipolaires, soit (1) la bienveillance envers soi dans des moments difficiles (versus l'autocritique); (2) la pleine conscience par l'adoption d'une

attitude compréhensive et sans jugement (versus la suridentification et la rumination) et (3) l'expérience humaine commune ou la réalisation que la souffrance fait partie de l'expérience humaine (versus l'isolement) (Neff, 2003). La mise en pratique de l'autocompassion a été largement étudiée. Parmi ces bienfaits, on note des changements psychobiologiques par la réduction de la réponse immunitaire liée au stress, ainsi qu'une augmentation de la résilience et du bien-être psychologique (Pace et al., 2009; Warren et al., 2016). L'autocompassion peut également améliorer les relations interpersonnelles, diminuer la tendance à ruminer des pensées, des émotions négatives ou à les supprimer, améliorer la qualité de vie, ainsi que des qualités psychologiques positives (p. ex., le bonheur, l'optimisme, la sagesse, la curiosité, l'exploration et la motivation intrinsèque) (Neff, 2009; Warren et al., 2016). À l'inverse, un niveau faible d'autocompassion est lié, entre autres, à la dépression, l'anxiété et le stress (MacBeth & Gumley, 2012). Des études récentes soutiennent empiriquement l'autocompassion comme étant significativement associées à des symptômes moins sévères d'anxiété sociale (Makadi & Koszycki, 2020; Werner et al., 2012). De plus, l'autocompassion peut également influencer les processus cognitifs associés à l'anxiété sociale (p. ex., présumer une critique excessive venant d'autrui) et ainsi diminuer la peur de l'évaluation négative d'autrui et les croyances portant sur la sévérité de leurs lacunes en habiletés sociales (Neff & Vonk, 2009).

Leary et collègues (2007) se sont d'abord intéressés à l'application de l'autocompassion auprès d'une population vivant de l'anxiété sociale, en proposant une approche brève par l'écriture pour induire l'autocompassion. Cette approche consistait à écrire au sujet d'un événement social difficile selon les trois dimensions de l'autocompassion (Neff, 2003). Dans une étude contrôlée randomisée, Harwood et Kocovski (2017) se sont inspirés des travaux de Leary et collègues (2007) et ont évalué l'usage de l'autocompassion dans une tâche d'écriture auprès de 118 participants avec une anxiété sociale. Le groupe autocompassion et le groupe contrôle comprenaient des participants à niveau élevé et faible d'anxiété sociale. En se basant sur les trois dimensions de l'autocompassion, les chercheurs ont donné comme instructions aux participants du groupe autocompassion : (1) d'écrire un paragraphe exprimant de la bienveillance envers soi de la même façon qu'elle serait exprimée pour une personne proche (la bienveillance envers soi); (2) d'énumérer des manières dont les autres ont vécu l'expérience d'événements semblables à celui décrit par les participants (l'expérience humaine commune); (3) puis d'identifier des émotions ressenties lors de l'événement en expliquant aussi objectivement que possible pourquoi les

participants se sont sentis ainsi selon eux (pleine conscience). La tâche d'écriture était appliquée à un contexte spécifique où avait lieu un évènement négatif quelconque (p .ex., une présentation au travail). Immédiatement après cette tâche, les participants ont appris qu'ils avaient trois minutes pour préparer un discours (ils n'ont pas vraiment dû le faire). Les auteurs ont trouvé que les participants à niveau élevé d'anxiété du groupe autocompassion ont démontré significativement moins d'anxiété d'anticipation avant de faire leur présentation prétendue, comparativement aux participants du groupe autocompassion et du groupe contrôle à niveau faible d'anxiété, ainsi qu'aux participants du groupe contrôle à niveau élevé d'anxiété.

Non seulement l'autocompassion semble efficace pour réduire l'anxiété avant un discours, mais elle serait également efficace pour réduire les pensées négatives après un discours (*post-event processing*). L'étude contrôlée randomisée de Blackie et Kocovski (2017) a évalué l'effet de l'autocompassion dans une tâche d'écriture auprès d'individus avec une anxiété sociale à la suite d'un discours impromptu de trois minutes. La tâche d'écriture était également inspirée du modèle de Leary et collègues (2007). Les participants avaient comme instruction (1) d'adopter une perspective équilibrée en considérant tous les aspects (positifs et négatifs) de leur discours (pleine conscience); (2) de considérer que plusieurs personnes deviennent nerveuses lors d'un discours (expérience humaine commune); puis (3) d'écrire à eux-mêmes comme s'il exprimait de la bienveillance et de la compréhension à un proche qui venait de livrer une performance (bienveillance envers soi). En comparant trois groupes (autocompassion, rumination et contrôle), leurs résultats suggèrent que la pratique de l'autocompassion par l'écriture diminue les pensées négatives et répétitives et augmente la volonté de s'engager dans des situations sociales directement après un discours, même le jour suivant la tâche.

Arch et collègues (2018) ont lancé la première étude quasi-expérimentale et de faisabilité. Ils ont évalué le contenu des écrits et les résultats d'une induction brève d'autocompassion par l'écriture d'une durée de 10 minutes (adapté de Leary et collègues, 2007) après l'introduction d'un stressor (c.-à-d., une présentation d'un discours devant trois juges, suivi immédiatement d'une rétroaction des juges sur leur performance sociale). Les chercheurs ont comparé le groupe autocompassion avec un trouble d'anxiété sociale à un groupe contrôle sans anxiété sociale. Les résultats soutiennent la faisabilité de l'induction écrite d'autocompassion auprès des adultes avec et sans trouble d'anxiété sociale. Des différences significatives suggèrent que le groupe avec anxiété sociale a plus bénéficié de l'induction, par l'observation de plus grandes réductions du

niveau d'anxiété et de plus grandes augmentations de l'autocompassion pendant la phase de récupération au stress induit. De plus, les auteurs ont noté qu'une plus grande utilisation des mots d'affect négatif dans les réponses écrites du groupe autocompassion a prédit un niveau d'anxiété plus faible lors de la phase de récupération du stress, comparativement au groupe contrôle.

Jusqu'à maintenant, ces études étaient effectuées en laboratoire. L'étude contrôlée randomisée de Căndea et Szentágotai-Tătar (2018), elle, a également évalué l'effet d'un programme d'autocompassion, mais en ligne (en s'inspirant du même exercice de Leary et collègues, 2007). Leur programme était d'une durée de deux semaines et visait à réduire la tendance à la honte auprès de participants avec une anxiété sociale élevée. Tous les deux jours, (pour un total de six exercices), les participants écrivaient au sujet d'un événement négatif ayant eu lieu les deux derniers jours. Ils devaient décrire le contexte, leurs pensées, leurs émotions et la façon dont ils y ont réagi, selon leur condition assignée (autocompassion, réévaluation cognitive, ou liste d'attente). Le groupe de réévaluation cognitive avait pour instruction de décrire si leurs pensées suivant l'événement étaient logiques et utiles, puis de trouver des exemples basés sur la réalité contredisant leurs pensées. Les deux groupes actifs ont rapporté des taux significativement plus faibles de tendance à la honte et de pensées irrationnelles au pré-traitement et au post-traitement. Une réduction significative des symptômes d'anxiété sociale s'est démarquée seulement pour le groupe d'autocompassion. Toutefois, aucune différence entre les groupes n'a été repérée. Parmi leurs recommandations, les chercheurs suggèrent d'évaluer l'application de l'autocompassion dans des interventions à plus long terme.

L'étude contrôlée randomisée de Stevenson et collègues (2019) est la première à comparer deux brèves interventions d'écriture en ligne (deux semaines) avec un suivi. Les participants ont été répartis aléatoirement entre les conditions d'autocompassion (protocole basé sur Shapira et Mongrain, 2010) et de restructuration cognitive. Les participants des deux groupes ont été demandés d'écrire au sujet d'une situation sociale récente évoquant de l'anxiété. Leurs temps de mesures incluaient un suivi de cinq semaines. Les niveaux d'anxiété sociale ont significativement diminué au post-traitement, et les gains ont été maintenus et même améliorés au suivi. Aucune différence entre les conditions de traitement n'a été constatée pour les résultats relatifs à l'anxiété sociale. Les auteurs concluent que ces résultats préliminaires suggèrent que les techniques d'autocompassion méritent d'être étudiées davantage en tant que stratégies thérapeutiques supplémentaires pour réduire l'anxiété sociale.

Jusqu'à présent, l'écriture s'est montrée comme le médium le plus efficace pour la pratique de l'autocompassion (comparativement à un enregistrement audio ou à un entretien) pour réduire l'anxiété, selon une étude contrôlée randomisée réalisée auprès d'individus avec un niveau élevé d'anxiété sociale qui devait identifier une situation sociale dans laquelle ils se sentaient jugés (45% des participants ont choisi une situation de performance) (Siegel & Kocovski, 2020).

Aucune étude n'a encore évalué une tâche d'autocompassion par écriture spécifiquement pour la PPP. Toutefois, l'ensemble des études présentées dans cette section suggèrent qu'une telle tâche pourrait faciliter la gestion de cette peur, considérant qu'une bonne partie des tâches des études présentées était liée à un discours. L'ensemble de ces études informent également que le mode de livraison par écriture est efficace et se prête à une prestation en ligne. L'autocompassion, étant une approche basée sur les émotions, s'insère ainsi aisément dans le protocole d'une TEEi. Aucun programme jusqu'à ce jour n'a évalué l'effet d'une TEE, encore moins d'une TEEi, spécifiquement pour la PPP. De plus, aucune intervention TEE(i) n'avait des composantes d'autocompassion. La présente étude vise à évaluer la faisabilité du programme d'exposition par l'écriture via l'Internet, *À la rencontre de son public*, pour la gestion de la PPP, avec soutien minimal d'un clinicien. Il s'agit d'une adaptation de la thérapie d'exposition par l'écriture (TEE; voir Sloan et Marx, 2019 pour une description du protocole original) et du modèle d'écriture avec autocompassion de Leary et collègues (2007). La conduite d'une étude de faisabilité est recommandée comme première étape avant de mener des études cliniques de plus grande ampleur pour évaluer l'efficacité d'un traitement (Eldridge et al., 2016). La présente étude vise à évaluer la faisabilité d'une thérapie d'exposition par l'écriture par Internet (TEEi) avec soutien clinique minimal pour la PPP. Une composante d'autocompassion fait également partie de cette thérapie. Les critères de faisabilité incluent l'adhésion, l'attrition, l'acceptabilité du traitement et l'évaluation préliminaire de l'efficacité de l'intervention (Eldridge et al., 2016). Les variables primaires incluent le niveau d'anxiété face à la peur de parler en public et les pensées positives et négatives liées à la peur de parler en public. Les variables secondaires comprennent l'anxiété sociale, l'autocompassion et la dépression. Il est attendu que la majorité des participants complèteront le programme ainsi que l'étude et rapporteront un niveau élevé de satisfaction face à l'intervention. Il est également attendu que le programme *À la rencontre de son public* soit associé à une réduction significative des symptômes de PPP. L'évaluation de l'effet du programme sur des variables secondaires a été effectuée à titre exploratoire. Le degré de motivation et le niveau

de détresse suscitée par les exercices d'écriture ont été mesurés à titre exploratoire également. La sélection et la communication des objectifs de faisabilité ont suivi les recommandations des guides de pratique (Eldridge et al., 2016).

CHAPITRE 2
ARTICLE

A feasibility open trial of a brief Internet-delivered writing exposure therapy for fear of public speaking

Lamoureux, Alex-Anne¹, and Talbot, France¹

¹École de Psychologie, Université de Moncton, New-Brunswick, Canada

Author Note

Correspondence concerning this article should be addressed to France Talbot, Ph.D., L.Psych., Université de Moncton, Moncton, NB, Canada E1A 3E9

Conflicts of Interest: None

Abstract

Background. Fear of public speaking (FoPS) is a prevalent condition but remains undertreated. Internet-based interventions may facilitate access to treatment. Only a few studies have assessed such interventions for FoPS more specifically. Using exposure as the main treatment component, significant improvements were found, but attrition was high. Internet-based written exposure therapy with an added self-compassion component may help to improve engagement. **Aims.** This study assessed the feasibility of a brief minimally guided internet-based written exposure therapy (iWET) for FoPS. *Meet Your Public*, delivered in English and French. **Method.** Nineteen participants were eligible for analysis. A single group design including a 3-month follow-up was used. *Meet your Public* is a 6-week iWET consisting of psychoeducation and five 20 to 30-minute weekly writing exposure sessions. Feasibility outcomes included adherence, attrition, treatment acceptability and preliminary efficacy on FoPS, negative and positive self-statements pertaining to FoPS, and self-compassionate and self-uncompassionate behaviors. **Results.** Most participants completed the program (63%). Rates of treatment satisfaction varied, but 80% of the study completers reported that they would recommend the program to a friend. Attrition was higher than expected (37%). Intent-to-treat mixed-effect model analyses revealed significant and large improvements of FoPS (Glass' delta = 1.23). Small to moderate improvements were also found from pre-treatment to post-treatment or follow-up on all other outcome measures (Glass' deltas from 0.21 to 0.68). **Conclusions.** These findings suggest that iWET may be beneficial while facilitating access to treatment for FoPS. Future directions related to further improving treatment satisfaction and attrition are discussed.

Keywords: fear of public speaking, social anxiety, internet intervention, written exposure therapy, self-compassion

Introduction

Fear of public speaking (FoPS) is the most common form of social anxiety with a lifetime prevalence of 3% to 5% (Furmark, 2002). Despite its high prevalence and the existence of effective interventions, this condition remains undertreated (Griffiths, 2013). Barriers to treatment may relate to the nature of the disorder, namely, the avoidance of social interactions as required in therapy sessions with a clinician (Wang et al., 2005). Other barriers include stigma, long waitlists, cost, lack of time, and traveling (Blöte et al., 2009; Goetter et al., 2020; Griffiths, 2013). Internet-based therapies may not only provide a solution to facilitate access to treatment for FoPS but may also be perceived as less threatening (Lee & Stapinski, 2012). The efficacy of Internet-based CBT (iCBT) for social anxiety has been supported in several reviews and meta-analyses (e.g., Acarturk et al., 2009; Guo et al., 2021; Olthuis et al., 2015). A recent meta-analysis focused more specifically on FoPS (Ebrahimi et al., 2019). Thirty randomized controlled trials were included (RCTs; $N = 1355$), most of them being in-person ($k = 55/62$) and CBT-based ($k = 50/62$). The results revealed that technology-based therapies, like the Internet, are as effective in treating FoPS as face-to-face or telephone therapies, with a moderate to large effect size ($g = 0.70$, 95% CI: 0.59-0.82). Therapeutic gains were maintained or continued to improve at follow-up.

To our knowledge, only two studies have assessed iCBT for FoPS and suggest that while efficient, attrition can be a challenge. Botella et al. (2010) randomly assigned 127 participants to self-guided iCBT, in-person CBT or a waitlist. Gradual exposure was the main component of the intervention performed using a hierarchy of public speaking scenarios, each scenario requiring a presentation in front of various pre-recorded audiences. iCBT participants had two months to complete treatment while in-person CBT had two weekly sessions with their therapist over two

months. Both treatment groups were as effective and superior to the waitlist. In the iCBT group, 60% of participants no longer met the cut-off score for social anxiety disorder compared with 64% for CBT. Gains were maintained at a 12-month follow-up. However, a significantly higher attrition rate was observed for iCBT (52%) compared to CBT (39%). Another study conducted a Dutch adaptation of Botella et al.'s (2010) iCBT program, with the addition of an email contact if participants had not started the program after 7 days or during treatment, if they had not entered the program in seven days (Gallego et al., 2011). Forty-one participants were randomly assigned to iCBT or a waitlist group. Participants had six weeks to complete treatment. iCBT produced a significant and large improvement of social anxiety (Cohen's $d = 1.13$) and gains were superior to the waitlist group (between-group Cohen's $d = .86$). Dropout remained elevated (46%) with most participants dropping out before the beginning of iCBT, the main reasons being technical problems and lack of time.

Other exposure approaches may prove to be more optimal in promoting engagement. Sloan and colleagues (2012) developed *Written Exposure Therapy* (WET) for post-traumatic stress disorder (PTSD), an adaptation of Pennebaker and Beall's (1986) expressive writing paradigm. WET consists of five 30-minute weekly writing sessions and minimal therapist guidance of 10 minutes/week focusing on how well the instructions were followed. Clinicians are also the ones providing the writing instructions and keeping track of the time during the writing sessions. Efficacy studies revealed that WET produced significant and lasting improvements with low attrition rates of 6% to 14% (Sloan et al., 2012; 2013, 2018; Thompson-Hollands et al., 2018). More recently, LoSavio and colleagues (2023) assessed WET's effectiveness for PTSD ($N = 277$) in Veterans Affairs clinics when delivered in-person or using videoconference. WET produced a large reduction of PTSD symptoms (Cohen's $d = .84$). Treatment outcomes did not differ between

conditions. Dropout was lower for the telehealth delivery than in-person (21% vs 34% respectively). These results suggest that WET can be effective when delivered online with minimal therapist contact.

Roch-Gagné and Talbot (2019) evaluated the feasibility of adapting WET for generalized anxiety and using an online delivery. The program consists of a 6-week Internet-based WET (iWET) with minimal clinical guidance provided on an as-needed basis ($N = 53$). Standardized weekly emails are provided using Titov and collaborators' (2013) email protocol, offering instructions, reminders, and encouragement. A pre/post-treatment telephone contact was included to review study procedures and encourage motivation and adherence. Intent-to-treat analyses revealed a significant and large post-treatment decrease in anxiety ($\eta_p^2 = 0.36$), with gains maintained at the 3-month follow-up. Most study completers (61%) reported being mostly satisfied to satisfied and all but one indicated that they would recommend the program to a friend. Attrition was higher (57%) and adherence lower than anticipated (28%). The authors recommended the inclusion of a therapist telephone call at the beginning of the intervention to guide participants in the identification of an exposure scenario. More guidance than anticipated has been required with most participants dropping out during that phase of the intervention.

The inclusion of a self-compassion component to exposure may further promote engagement in iWET. Self-compassion is comprised of three bipolar dimensions: self-kindness vs self-judgment, mindfulness vs avoidance and rumination and common humanity or seeing one's experience as part of the larger human experience vs isolation (Neff, 2003). Avoidance behaviors are common in social anxiety and FoPS (Bodie, 2010; Clark and Wells, 1995) and reported as one of the main reasons for dropping out of telehealth WET (LoSavio et al., 2023). A few studies suggest that self-compassion writing exercises can decrease anticipatory and social anxiety, reduce

rumination or post-event processing, and increase willingness to engage in social situations among socially anxious populations (Blackie & Kocovski, 2017; Harwood & Kocovski, 2017; Stevenson et al., 2019).

The present study aims to evaluate the feasibility of a guided iWET program, *Meet Your Public*, for the management of FoPS. The program is an adaptation of the WET protocol (see Sloan & Marx, 2019 for a description of the original protocol) and of Leary and colleagues' (2007) self-compassionate writing prompts. Building on Roch-Gagné and Talbot's (2019) study, minimal clinical contact was provided by telephone at the start of therapy to assist participants in choosing an exposure scenario and by email at mid-treatment to inquire about progress. As well, a scenario triggering a moderate level of anxiety instead of a high level was the focus of the written exposure session. Feasibility outcomes were treatment adherence, attrition, treatment acceptability, and a preliminary assessment of treatment efficacy. It was hypothesized that the majority of participants would complete the program and the study and report high levels of satisfaction with the intervention. It was also hypothesized that *Meet Your Public* would be associated with significant reductions in FoPS and related self-statements. The impact of the program on secondary outcome variables was assessed on an exploratory basis.

Method

Participants

Thirty-six participants were recruited in April 2022 and September 2022 from the general population in New Brunswick, Canada, using advertisements in various media. Interested people were directed to an established website (etherapies.ca) where information on the program was provided. Thirty-six individuals applied and 25 met the eligibility criteria. Of those, 20 completed the pretest. A total of 19 participants started the intervention and were included in intent-to-treat

analyses. With one exception, all used the French version of the program. The inclusion criteria were: (1) aged 18 and over; (2) residing in New Brunswick; (3) self-reported FoPS; (4) reliable access to the Internet; (5) willing to spend at least 20 to 30 minutes per week as part of the study; (6) willing to share personal information with the research coordinator. The exclusion criteria were: (1) clinical levels of depression or suicidal ideation (defined as a total score of ≥ 20 , or > 2 on item 9 [suicidal ideation] on the Patient Health Questionnaire-9 item, PHQ-9); (2) participating in another therapy at the time of the study; (3) initiation or change of psychotropic drug use in the previous month. Participant flow is illustrated in Fig. 1. Participants' sociodemographic and mental health characteristics are presented in Table 1.

Feasibility outcome measures

Treatment adherence

Treatment adherence was measured using the percentage of participants who completed the 6-week intervention and submitted all five of their writing tasks.

Attrition

Attrition was measured by the percentage of participants who started the intervention and did not complete the post-test or follow-up.

Treatment acceptability

Acceptability was assessed post-treatment using four multiple choices or yes/no questions (adapted from Titov et al., 2013): (1) 'How satisfied are you with the program *Meet your Public?*' (unsatisfied/somewhat satisfied/mostly satisfied/satisfied); (2) 'How would you rate the quality of the material?' (unsatisfactory/neutral/good/excellent); (3) 'Would you recommend the program to a friend with anxiety?' (yes/no); and (4) 'Was the program worth your time?' (yes/no). Four open-

ended questions were included to inquire about how they found the program, what was the most and least helpful, and suggestions for improvements.

Preliminary treatment efficacy

Brief self-reported questionnaires were administered online in French or English using a secure website (etherapies.ca). Three of the measures used were translated in French by the first or second author and back translated to English by a professional translator. The translations were crossed-checked in consultation with a bilingual psychologist and discrepancies discussed and decided by consensus. Pre-treatment Cronbach's alpha values are reported and were all adequate.

Primary outcome measures

Public Speaking Anxiety Scale (PSAS; Bartholomay & Houlihan, 2016; French-Canadian translation by the first author). The PSAS comprises 17 items rated on a 5-point scale assessing cognitive, behavioral, and physiological symptoms. A cut-off score of 73 and above indicates clinical levels of FoPS (Bartholomay & Houlihan, 2016). The PSAS is sensitive to symptom change over time (Bartholomay & Houlihan, 2016). Higher scores represent higher levels of FoPS ($\alpha = .80$).

Self-Statements during Public Speaking Scale (SSPS; Hofmann & DiBartolo, 2000; French-Canadian translation by the first author). The SSPS is a 10-item trait measure assessing thoughts related to FoPS. It includes two subscales: positive self-evaluation (SSPS-P) and negative self-evaluation (SSPS-N). Each subscale consists of five items rated on a 6-point scale with higher scores representing higher levels of positive or negative self-statements ($\alpha = .88$ and $\alpha = .69$, respectively).

Secondary outcome measures

Social Phobia Inventory (SPIN; Connor et al., 2000, translation by Charette et al., 2003). The SPIN is a 17-item questionnaire measuring levels of social anxiety including fear, avoidance, and physiological symptoms. Items are rated on a 5-point scale with higher scores representing higher levels of social anxiety ($\alpha = .91$).

Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF; Raes et al., 2011; French-Canadian translation by the second author). The SCS-SF includes 12 items rated on a 6-point scale measuring the three bi-polar dimensions of self-compassion: self-kindness (self-judgment), common humanity (isolation), and mindfulness (over-identification). Two subscales, SCS-SF-P and SCS-SF-N, consisting respectively of positive items and negative items, were used as recommended by (Kotera & Sheffield, 2020) to measure self-compassionate and self-uncompassionate behaviors (SCS-P and SCS-N). Higher scores represent higher levels of self-compassionate and self-uncompassionate behaviors ($\alpha = .82$ and $\alpha = .80$, respectively).

Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9; Kroencke et al., 2001, translation by MAPI Research Institute). The PHQ-9 consists of nine items assessing depressive symptoms based on the DSM-IV diagnostic criteria of major depression. Items are rated on a 4-point scale with higher scores representing higher levels of depression scores ($\alpha = 0.89$).

The following additional measures were also completed:

Motivation for the treatment program (Gallego, 2007). One item was used to assess to what extent participants were motivated to start the program using a scale from 0 (not motivated at all) to 10 (very motivated).

Impact of the writing exercises. Participants were asked post-treatment how overwhelming the writing exercises were for them on a scale from 0 (not at all) to 10 (extremely).

Design

A single group open trial including a 3-month follow-up was conducted. Primary and secondary outcome measures were administered at pre-treatment, post-treatment and at a 3-month follow-up. The primary outcome measures were also completed mid-treatment (Week 4).

Intervention

The intervention *Meet your Public* is a minimally guided 6-week iWET for FoPS including one week of psychoeducation and five weekly writing exposure sessions of 20 to 30 minutes using a moderately feared public speaking situation. The program was delivered using a secure platform (etherapies.ca) and offered in French or English. Week 1 includes printable psychoeducation material from a public website on anxiety and its treatment¹ on the nature of social anxiety and fear of public speaking and exposure. As well, self-compassion is explained based on Neff's definition (2003) and its link with FoPS stated. Additional resources from Neff's public website are mentioned (videos from self-compassion.org). The treatment rationale is also provided. During Week 1, participants receive a 10–15-minute call from the research coordinator, a clinical doctorate psychology student, to offer guidance to identify a FoPS scenario eliciting a moderate level of anxiety (between 6 and 7 on a scale from 0 = absence of fear, to 10 = most intense level of fear). The study procedures are reviewed, questions answered, and encouragement given. Participants are instructed to work on this scenario throughout the program. In Week 2, general instructions about the writing tasks (e.g., to write in a quiet area, not be concerned about spelling, grammar, etc.) are provided. While writing their weekly scenario, participants are asked to adopt a distanced perspective, i.e., to write in detail about their scenario as if it had already happened,

¹ Information on FoPS, negative thoughts, physical symptoms, avoidance, and safety behaviors, case example, and exposure process: 'Social Anxiety in Adults' by Anxiety Canada: www.anxietycanada.com. Copyright (2024) by Anxiety Canada. Reproduced with permission.

reflecting on how they feel about it that day. Participants are also prompted each week to write about one of the positive self-compassion components (self-kindness, common humanity, mindfulness) in relation with their FoPS scenario. After each writing session, participants are encouraged to experience any emotions, images or thoughts pertaining to their FoPS that may arise during the week rather than pushing them away. Sessions 2 to 6 include specific instructions regarding the writing task for each session (see Table 2 for a description of all sessions).

Standardized weekly emails using participants' first name were sent using the protocol developed by Titov and colleagues². These secure messages provided: (1) instructions for the writing tasks; (2) reminders for the completion of questionnaires and writing sessions; (3) normalization of possible exposure challenges; (4) encouragement; (5) reinforcement regarding the importance of repeated exposure. All scenarios were reviewed by the research coordinator to monitor adherence to the treatment protocol. Brief guidance was also offered to participants mid-treatment in a personalized email checking on progress, discussing the role of avoidance in maintaining FoPS and the importance of repeatedly confronting one's fear, providing encouragement to keep up their efforts and reminding them to complete the self-compassion writing tasks. This required about 5 minutes per participant. Clinical guidance was provided under the supervision of the second author, a clinical psychologist.

Safety protocol

Participants' depressive state was monitored weekly using the PHQ-9. If scores increased from pre-treatment by more than five points and if a total score of 15 and above was obtained, participants were contacted by email to provide instructions on how to contact crisis services if

² Reproduced and translated with the permission of N. Titov.

necessary. Those who's total PHQ-9 score increased over 20, or who scored '3' to item 9, were telephoned by the second author to assess the situation and establish a management plan.

Statistical Analyses

A total of 19 participants were included in the analyses. Scores were normally distributed. One outlier on the PHQ-9 at pre-treatment was excluded. Fisher's exact tests and paired *t*-tests were used to compare pre-treatment differences between study completers and non-completers, as well as between treatment completers and non-completers. Multiple imputations were performed as they are recommended as an acceptable and useful solution to increasing statistical power in studies with high dropout rates and small sample sizes (Olsen et al., 2012). This was found to be especially pertinent for samples ranging from 10 to less than 50 cases (Cheema, 2014). Multiple imputations "fill in" missing data with plausible values, which preserves the overall sample size. Little's tests indicated they were missing at random ($\chi^2(28) = 30.898, p = .322$), an assumption to be met to perform multiple imputations (Soley-Bory, 2013). A maximum of 52.6% of cases had missing data on primary or secondary outcome measures. Therefore, 53 imputations were specified as recommended by Manly and Wells (2015). Multiple imputations were conducted separately for the primary and secondary outcome measures to limit the number of variables. Pre-treatment scores were added as auxiliary variables to improve estimates. Intent-to-treat linear mixed effect model analyses were conducted followed by post hoc comparisons, to assess the differences in primary outcome measures between T1 (pre-treatment), W4 (Week 4), T2 (post-treatment), and T3 (3-month-follow-up). For secondary outcome variables, changes between T1, T2 and T3 were assessed. For all variables, a heterogeneous first order autoregressive model provided the best fit to the data according to the Akaike Information Criterion (Vrieze, 2012). Glass' delta was used to

calculate within-group effect sizes based on estimated means and pooled standard deviations. All analyses were performed using SPSS, version 27 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Results

Adherence and attrition

As shown in Fig. 1, nearly two thirds of participants ($n = 12/19$; 63%) completed the 6-week program. On average, 3.8 of the five writing sessions were completed. Not all participants who completed the exposure writing exercises also completed the self-compassionate ones, with a rate of completion varying from 67% to 92%. An attrition rate of ($n = 7/19$; 37%) was obtained post-treatment while half ($n = 10/19$; 53%) of the participants did not complete the 3-month-follow-up. Only one participant gave a reason for dropping out (too busy).

Treatment acceptability

Pre-treatment motivation was good ($M = 7.7$, $SD = 1.8$). Most study completers ($n = 8/10$; 80%) reported that the program was worth their time and that they would recommend it to a friend. Most also rated the quality of the material good to excellent ($n = 8/10$; 80%). Half of the study completers were mostly satisfied to satisfied with the intervention. One participant, who mentioned being unsatisfied, did not appreciate, among others, the repetitive nature of the writing tasks. The writing tasks were not perceived as being too overwhelming, with scores of 5 and lower on the 10-point scale. Answers to open-ended questions revealed that overall, participants found the program easy to follow, useful, interesting, and reported a positive experience ($n = 8$). Others mentioned the program made them realize that they would be able to manage if their public speaking scenario were to materialize ($n = 3$). Treatment components found the most useful included psychoeducation, taking a distanced perspective (writing about the situation as if it had happened and as they perceive it now) and self-compassionate writing using the self-kindness and

mindfulness prompts including imagining what a compassionate friend would say to them (self-kindness) and putting things into perspective (common humanity, mindfulness). In relation with what was found less helpful, a few participants ($n = 3$) mentioned the repetitive nature of the writing exercises less helpful. To improve the program, several mentioned having the option to vary their scenario or to explore different aspects of the scenario ($n = 6/10$). One participant specifically appreciated the self-guided format, while another would have liked more support.

Comparisons between completers and non-completers

Study and treatment completers, versus non-completers, were compared at pre-treatment using Fisher's exact tests and t -tests (see Table 3). No significant differences were found between study completers and non-completers. Only income significantly differed between treatment completers and non-completers (Fisher's exact test, $p = .017$). Significantly more treatment non-completers had an income of $\leq \$99,999$. Although non-significant findings were obtained for the other variables, small to large effect sizes were noted for some of them. On the primary outcome variables, the treatment and study completers did not differ on the PSAS or SSPS-N compared to non-completers. However, they had higher scores on the SSPS-P. Regarding the secondary variables, treatment completers had higher scores on the SCS-SF-P ($d = .844$) and lower scores on the PHQ-9 ($d = -.697$). As well, more of them were in a relationship compared to treatment non-completers (phi value = .454, $p = .048$).

Preliminary treatment efficacy

Primary outcomes measures

Means for the PSAS, SSPS-P and SSPS-N are shown in Table 4. Mixed linear model analyses from T1 to T3 (pre-treatment, Week 4, post-treatment, and follow-up) revealed a significant time effect on the PSAS ($F_{3, 45.48} = 9.85$, $p < 0.001$) and SSPS-P ($F_{3, 29.82} = 3.17$, $p =$

0.039), but not on the SSPS-N ($F_{3,47.38} = 1.60, p = 0.201$). Pairwise comparisons showed that PSAS scores significantly improved from pre-treatment to post-treatment ($p < .001$) with a large effect size (Glass' delta = 1.23) and that treatment gains were maintained at follow-up ($p = 0.629$). Mean scores on the PSAS went from severe to moderate. While there was no significant change from pre-treatment to post-treatment on the SSPS-P, there was a significant and moderate improvement from pre-treatment to follow-up ($p = 0.012$, Glass' delta = 0.68). Although there was no significant time effect on the SSPS-N, a small to moderate decrease was found from pre-treatment to post-treatment (Glass' delta = 0.41) with no further improvement at follow-up (Glass' delta = 0.10). In terms of changes from pre-treatment to mid-treatment, there was a tendency toward significance on the PSAS ($p = 0.059$) with a moderate effect size (Glass' delta = 0.44), but no significant change on the SSPS-P ($p = 0.524$) and SSPS-N ($p = 0.661$). There was further improvement on the PSAS from mid-treatment to post-treatment ($p = 0.002$) which was moderate (Glass' delta = 0.54).

Secondary outcomes measures

A significant time effect was found on the SCS-SF-P ($F_{2, 28.83} = 3.52, p = 0.043$) with a significant and moderate improvement from post-treatment to follow-up ($p = 0.021$, Glass' delta = -0.53) and from pre-treatment to follow-up ($p = 0.047$, Glass' delta = -0.49). No significant time effects were found on the SCS-SF-N, SPIN and the PHQ-9 (all $ps > .05$). However, small to moderate effect sizes were observed between several time points (see Table 4). Namely, there was a small improvement on the SPIN from pre-treatment to post-treatment with an additional small improvement from post-treatment to follow-up. Changes from pre-treatment to follow-up on this measure ended up being of moderate size (Glass' delta = 0.46).

Discussion

This study evaluated the feasibility of a guided 6-week iWET, *Meet Your Public*, for FoSP.

The hypotheses were supported except for the attrition and satisfaction rates which were lower than expected. The program uptake was adequate considering that recruitment was conducted over two months. Interestingly, a similar proportion of men and women participated in the study, whereas Internet therapy studies typically include more women (Olthuis et al., 2015). The reason is unclear, and this finding remains to be replicated. Motivation for treatment was adequate. The quality of the material was highly rated. None of the participants found the task too overwhelming. Most study completers reported that they would recommend the program to a friend and that it was worth their time. Treatment satisfaction rates among study completers varied with one participant who reported being unsatisfied. The possibility also remains that participants who dropped out may have done so because of being dissatisfied. However, among the study completers, many gave positive feedback on the program. About a third of participants found the repetitive nature of the task less helpful. To improve the program, several mentioned having the option to change or explore diverse aspects of their scenario ($n = 6/10$). Participants were asked to choose a FoPS event that was moderately anxiety provoking with the hopes that it would decrease the risk of dropping out. Some participants may however have experienced a sufficient decrease in anxiety to move on to more fearful aspects of their initial scenario or another scenario. Mid-treatment gains would concur with this hypothesis. Participants worked on more than one scenario in previous iCBT programs for FoPS (Botella et al., 2009; Gallego et al., 2011), but changing them too quickly can interfere with outcomes (Fracalanza et al., 2014). WET, as developed by Sloan and Marx (2019) relies on one scenario, people's worst traumatic event, and the protocol goes beyond exposure by asking people to reflect on how their symptoms impact their life (Sloan & Marx, 2019). It may be best for some people to write about the same event across all sessions, and for others, to write about different events (Sloan et al., 2005). A therapist telephone call mid-

treatment to assess progress would help to make this determination thereby allowing the use of a more tailored approach. This represents another avenue of further study.

Treatment adherence was satisfactory and superior to the average adherence rate reported in a recent meta-analysis including mostly guided iCBT for anxiety disorders (56%; Pauley et al., 2023). A comparable rate (62%) was obtained by Carlbring et al. (2007) in the case of guided iCBT for social phobia. Botella et al. (2010) and Gallego et al. (2011), who focused more specifically on iCBT for FoPS, did not report treatment adherence. In relation with the use of iWET, lower adherence (28% versus 63%) and higher attrition (57% versus 37%) were obtained by Roch-Gagné and Talbot (2019) in their iWET study for generalized anxiety. Attrition in the present study was also lower than in previous studies of self-guided iCBT for FoPS (52%; Botella et al., 2010; 46%; Gallego et al., 2011), but higher than telehealth WET (21%). While it was hypothesized that a majority of participants would terminate the study, which was not supported, these results are encouraging. The inclusion of a telephone contact during Week 1, as recommended by Roch-Gagné and Talbot (2019), may have been useful. This aligns with previous research on social anxiety suggesting that clinical guidance using communication means other than emails is associated with better adherence (Carlbring et al., 2007; Musiat et al., 2022; Wolitzky-Taylor & LeBeau, 2023). Working on an exposure triggering a moderate as opposed to an intense level of anxiety may also have played a role as well the added self-compassionate writing exercises. This remains to be further assessed in studies with direct comparisons. In addition, in the present study, a higher proportion of treatment completers reported being in a relationship, which may facilitate engagement, perhaps because of perceived social support (Al-Asadi et al., 2014). Among other variables that may have played a role in treatment or study completion, higher levels of positive self-statements pertaining to FoPS may lower engagement in both the treatment

and study as well as scores on the PHQ-9. Regarding depressive symptoms, no significant impact on dropout was reported in telehealth WET (LoSavio et al., 2023). This is something to continue to monitor.

Preliminary efficacy results show that the *Meet your public* program may reduce public speaking anxiety. On average, participants presented elevated pre-treatment levels of public speaking anxiety, which reduced to a moderate level post-treatment as found among the general population (Bartholomay & Houlihan, 2016). The program was also associated with significant and moderate improvements in positive self-statements pertaining to FoPS, but compared to symptoms of public speaking anxiety, there was a more gradual change from pre-treatment to follow-up. Negative self-statements improved to a lesser extent. But, as for the PSAS, follow-up scores decreased to a level comparable to the one observed among the general population (Hofmann & Dibartolo, 2000). Many participants experienced a moderate decrease on the PSAS after two writing sessions, with an additional moderate increase from mid-treatment to post-treatment. These findings suggest that participants who did not complete treatment may have stopped because they had sufficiently engaged with the intervention to get the intended benefits, which is referred to as effective engagement (Yardley et al., 2016).

In relation with secondary outcomes, only self-compassionate behaviors significantly improved following the program. However, while no significant results were found regarding the other variables, possibly given the limited sample size, small to moderate effect sizes were observed. No substantial change of social anxiety was noted during treatment, which may be explained by the fact that FoPS was specifically targeted. However, a moderate change of social anxiety was found between post-treatment and follow-up which may suggest a generalization of treatment gains over time. Both self-compassionate and self-uncompassionate behaviors improved

but following a different pattern. Self-compassionate behaviors improved during the follow-up and more substantially than did self-uncompassionate behaviors during treatment. Increases in self-compassionate behaviors may take longer to occur. Different interventions may be required to impact all aspects of self-compassion. This remains to be further studied along with the relative contribution of self-compassion to iWET. Regarding the lack of change of depressive symptoms, participants already presented mild levels at pre-treatment leaving limited room for improvement.

This study has several limitations. Being a feasibility study, it has a small sample and no control group. However, a meta-analysis of waitlist control groups in RCTs for social anxiety disorder showed that the effect of time alone was negligible (Steinert et al., 2017). In addition, within-group treatment effect sizes were large while they were small for the waitlists. Another limitation is that the generalization of the findings is limited. All participants had a post-secondary education, most were employed, and spoke French. As well, participants were recruited in the general population and no diagnostic interview was used which can also limit the generalization of the findings. However, participants showed on average elevated levels of public speaking anxiety. An additional limitation resides in the unknown contribution of the exposure versus self-compassionate writing exercises which would require dismantling studies. Most participants completed the self-compassion tasks, but not all of them did. The impact of a mid-treatment reminder email was short-lived. Stevenson et al. (2019) suggest that self-compassion may not be as credible of an intervention as CBT and that a stronger rationale for the role of self-compassion in relation with FoPS might be helpful.

Conclusion

This study assessed the feasibility of a guided iWET program for FoPS. It is believed that the program *Meet your Public* is feasible with a few modifications to further improve treatment satisfaction and attrition. These include a therapist's telephone call mid-treatment as opposed to an email, the use of a tailored approach by having the possibility to modify one's scenario mid-treatment based on progress and the provision of additional psychoeducation on self-compassion and its relationship with FoPS. Considering its briefness and limited amount of clinical contact, *Meet Your Public* has the potential of increasing access to treatment at reasonable costs in terms of human resources.

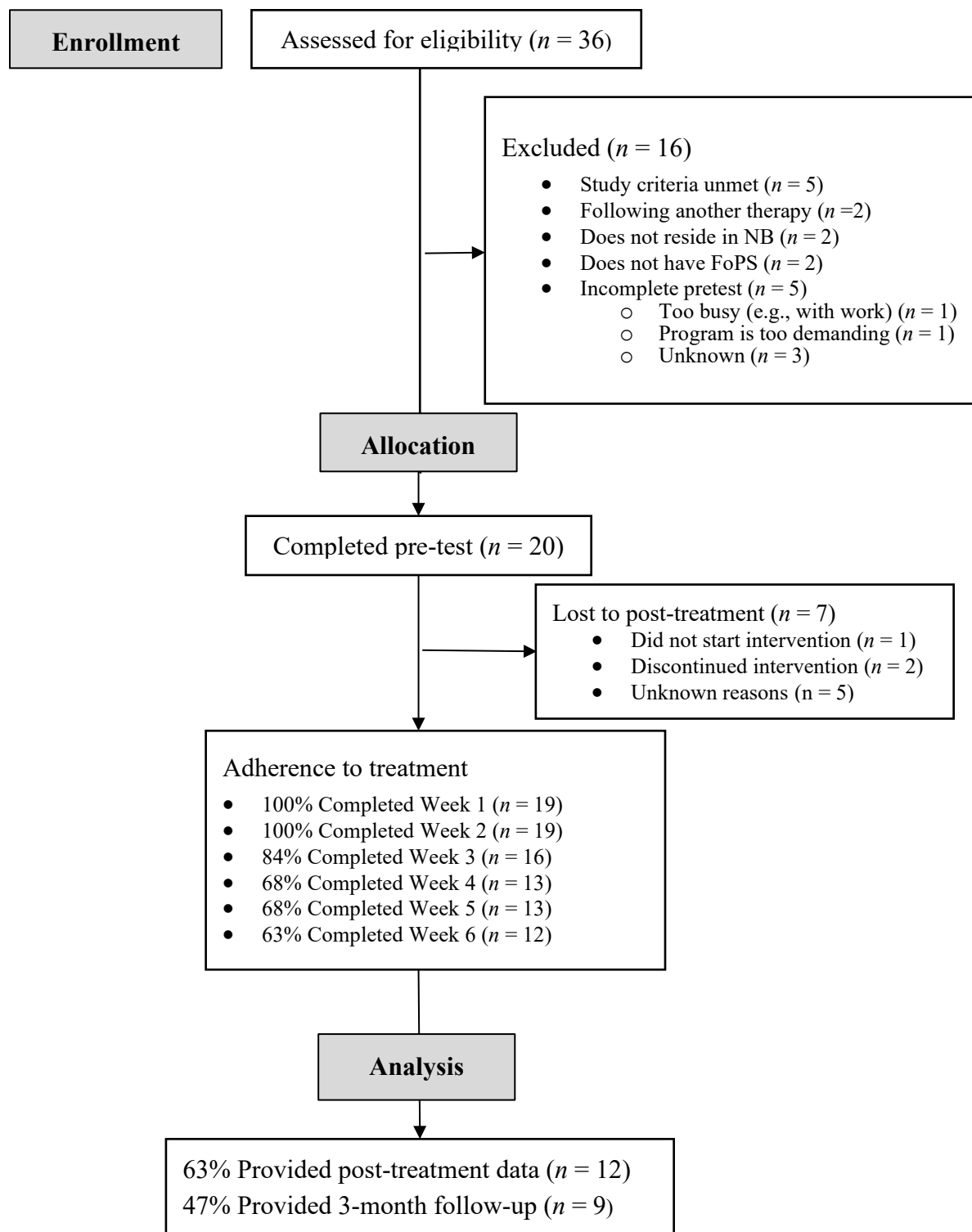


Figure 1. Participant study flow chart

Table 1*Sociodemographic and mental health characteristics of participants*

Variable	<i>n</i>	%
Sex		
Woman	10	52.6
Man	8	42.1
Age		
Mean (years)	37	
Range	19-56	
Education		
College	6	31.6
University	13	68.4
Employment		
Employed	14	73.7
Other	5	26.3
Income		
Less than \$99 999	12	63.2
%100 000 or more	7	36.8
Marital status		
In a relationship	11	57.9
Not in a relationship	8	42.1
Previously diagnosed with a mental health disorder	3	15.8
Previously received mental health services	8	42.1
Currently taking psychotropic medication	5	26.3

Table 2
Content of weekly sessions

Session	Content
1	Psychoeducation on social anxiety and the relationship between thoughts, emotions, sensations and behaviors, the causes of FoPS, avoidance behaviors, the rationale of exposure, and the definition of self-compassion (with link to videos). Examples of exposure situations related to FoPS are provided. Identification of a moderately anxiety-provoking FoPS situation to focus on during the program.
2	Guidelines for the writing sessions were provided (e.g., to write in a quiet, private environment, to not worry about grammar, spelling, etc.). Participants were instructed to write a detailed scenario about their targeted FoPS situation, as if the situation had already occurred. They were also instructed to pay attention to sensations (e.g., visual, auditory, olfactory), emotions and thoughts before, during and after the scenario. Towards the end of the writing session, participants were asked to take a few minutes to write down what a good, compassionate friend might say to them if they would share their text with this friend.
3	Participants were asked to continue to write their scenario of their targeted FoPS situation as though it would have already occurred and as they thought about it that day, If they had completed their scenario, they were instructed to rewrite it. They were asked to describe their emotions and thoughts in depth. They were also instructed to write a paragraph expressing compassion for themselves, as someone close to them would express towards them.
4	Participants were asked to continue to write their scenario of their targeted FoPS situation as as though it would have already occurred and as they thought about it that day, If they had completed their scenario during the previous session, they were instructed to rewrite it or to focus on the part that caused them the most distress (e.g., physical sensations, the opinions of others, negative thoughts, negative emotions, etc.). In addition, participants were asked to describe how their fear was affecting them in their lives (e.g., the way that they perceive their life, the meaning of their life, the way that they interact with others, etc.). Participants were also instructed to write about some of the ways in which other people have experienced FoPS events similar to theirs. This could include recognizing that human beings are not perfect, that suffering is part of the human condition, and that many people encounter experiences of suffering throughout their lives.
5	Participants were instructed to continue to write about their FoPS situation with the option, as in the previous week, to focus on the part that was the most upsetting to them. Participants were also asked to describe how their FoPS has changed their life, the way they view their life, its meaning and how they relate to others. In addition, they were instructed to write about their emotions and thoughts in an accepting, non-judgmental, and objective way.
6	Participants were instructed to continue writing about their emotions and thoughts in relation to their FoPS situation as if it had already happened and about how it has changed their life. They were reminded to focus on their deepest emotions and thoughts. They were also reminded that this was their last writing session and that they might want to try to wrap up your writing by proposing a positive alternative as a conclusion to your feared scenario. It was mentioned to them that for example, they might want to write about how their FoPS is related to their current life and their future. While wrapping up, they were also reminded to show compassion toward themselves as they would to a good friend.

Table 3
Comparisons between completers and non-completers

Characteristics	Study completers (n = 12)	Study non-completers (n = 7)	<i>p</i>	Effect size (Cohen's <i>d</i> , Glass' delta, phi coefficient, Cramer's V)	Treatment completers (n = 12)	Treatment non-completers (n = 7)	<i>p</i>	Effect size (Cohen's <i>d</i> , Glass' delta, phi coefficient, Cramer's V)
Age, mean (SD)	36.92 (12.97)	37.29 (10.61)	.419	-.035	36.92 (12.97)	7.29 (10.61)	.419	-.630
Gender ^a , <i>n</i> (%)	6 (54.5) 5 (45.5)	2 (28.6) 5 (71.4)	.367	.255	5 (45.5) 6 (54.5)	3 (42.9) 4 (57.1)	1.000	.025
Male								
Female								
In a relationship, <i>n</i> (%)	7 (58.3)	4 (57.1)	.663	.012	9 (75.0)	2 (28.6)	.074	.454*
Higher education, <i>n</i> (%)	8 (66.7)	5 (71.4)	.622	.049	7 (58.3)	6 (85.7)	.333	.284
Higher income (\$100,000 or more), <i>n</i> (%)	6 (50.0)	1 (14.3)	.173	-.357	7 (58.3)	0 (0.0)	.017*	-.583*
Past mental health diagnosis, <i>n</i> (%)	2 (16.7)	1 (14.3)	1.00	-.031	1 (8.3)	2 (28.6)	.523	.268
Current mental health diagnosis, <i>n</i> (%)	2 (16.7)	2 (28.6)	.603	.141	1(8.3)	3 (42.9)	.117	.408
Received prescribed medication, <i>n</i> (%)	3 (25.0)	2 (28.6)	1.000	.039	2 (16.7)	4(29)	.305	.287
Received therapy services, <i>n</i> (%)	5 (41.7)	3 (42.9)	1.000	.012	4 (33.3)	5(71)	.377	.233
Employed, <i>n</i> (%)	9 (75.0)	5 (71.4)	1.00	.039	10 (83.3)	4 (57.1)	.305	.287
PSAS pre-treatment, mean (SD)	65.17 (7.90)	65.14 (10.64)	.422	.003	65.67 (8.93)	64.29 (8.94)	.941	.155
SSPS-P pre-treatment, mean (SD)	8.83 (4.93)	11.71 (7.93)	.111	-.468	8.42 (5.76)	12.43 (6.40)	.510	-.669

SSPS-N pre-treatment, mean (SD)	10.25 (4.81)	11.00 (6.08)	.374	-.142	10.17 (5.19)	11.14 (5.46)	.833	-.185
PHQ-9 pre-treatment, mean (SD)	6.00 (4.15) ^a	7.14 (6.23)	.099	-.227	5.33 (4.42)	8.67 (5.50) ^a	.398	-.697
SCS-SF-P pre-treatment, mean (SD)	17.17 (5.06)	19.00 (6.06)	.554	-.337	19.42 (5.37)	15.14 (4.45)	.444	.844
SCS-SF-N pre-treatment, mean (SD)	20.00 (5.01)	16.71 (6.99)	.190	.470	18.00 (4.97)	20.14 (7.36)	.400	-.362
SPIN pre-treatment, mean (SD)	37.75 (9.73)	38.29 (13.33)	.155	-.048	38.92 (11.87)	36.29 (9.38)	.621	.238
Motivation, mean (SD)	7.75 (1.91)	7.71 (1.80)	.926	.020	7.42 (2.01)	.29 (1.38)	.521	.307

Note. PSAS = Public speaking anxiety scale; SSPS-P = Self-statement during public speaking scale-positive subscale; SSPS-N = Self-statement during public speaking-negative subscale; PHQ-9 = Patient health questionnaire 9-item; SCS-SF-P = Self-compassion scale short form positive subscale; SCS-SF-N = Self-compassion scale short form negative subscale; SPIN = Social phobia inventory

^a One outlier excluded ($n = 11$)

* = $p \leq .05$.

Table 4*Means and standard deviations for the observed and estimated marginal means and effect sizes (Glass' delta)*

Variable	Observed Means (SD)				Estimated Mean (SD)				Effect sizes (based on estimated means)				
	T1	W4	T2	T3	T1	W4	T2	T3	Pre- post	Pre- Mid	Mid- post	Post- follow- up	Pre- follow- up
PSAS	65.16 (8.63)	61.54 (10.99)	56.10 (10.11)	54.21 (11.94)	65.16 (8.17)	61.53 (11.83)	55.09 (7.83)	54.37 (6.97)	1.23	0.44	0.54	0.09	1.32
SSPS-P	9.90 (6.15)	11.85 (6.43)	13.21 (5.98)	15.36 (4.88)	10.53 (5.26)	11.58 (6.60)	12.43 (4.66)	14.10 (3.41)	0.36	0.20	0.13	0.36	0.68
SSPS-N	10.53 (4.81)	10.20 (5.98)	9.00 (6.22)	7.23 (5.90)	10.53 (4.62)	10.09 (6.34)	8.65 (4.51)	8.18 (3.87)	0.41	0.10	0.23	0.10	0.51
PHQ-9	6.44 (4.91)	–	5.29 (5.75)	5.85 (4.61)	7.21 (5.47)	–	5.19 (4.08)	6.04 (2.24)	0.37	–	–	-0.21	0.21
SCS-SF-P	17.84 (5.34)	–	18.96 (5.34)	20.33 (5.40)	17.84 (5.38)	–	18.59 (3.58)	20.47 (2.82)	-0.14	–	–	-0.53	-0.49
SCS-SF-N	18.79 (5.75)	–	16.39 (7.12)	17.04 (5.36)	18.79 (5.90)	–	17.19 (4.83)	17.47 (2.77)	0.27	–	–	-0.06	0.22
SPIN	37.95 (10.82)	–	35.67 (9.88)	33.00 (9.46)	37.95 (10.88)	–	35.55 (7.53)	32.93 (5.96)	0.22	–	–	0.35	0.46

Note. PSAS = Public speaking anxiety scale; SSPS-P = Self-statement during public speaking scale-positive subscale; SSPS-N = Self-statement during public speaking-negative subscale; PHQ-9 = Patient health questionnaire 9-item; SCS-SF-P = Self-compassion scale short form positive subscale; SCS-SF-N = Self-compassion scale short form negative subscale; SPIN = Social phobia inventory

Ethical Statement: The study was approved by the Human Research Ethics Committee of the Université de Moncton (Moncton, New Brunswick, Canada), file number n° 2021-097.

Data Availability Statements: The data that support the findings of this study are available from the corresponding author, F.T., upon reasonable request.

Funding Statement: This research received no specific grant from any funding agency, commercial or not-for-profit sectors.

References

- Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., & de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 39(2), 241–254. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003590>
- Acquadro, C., Conway, K., GirouDET, C., Mear, I., (2012). Linguistic Validation Manual for Health Outcome Assessments. Mapi Institute
- Al-Asadi, A. M., Klein, B., & Meyer, D. (2014). Posttreatment attrition and its predictors, attrition bias, and treatment efficacy of the anxiety online programs. *Journal of Medical Internet Research*, 16(10), e232. doi: 10.2196/jmir.3513
- Allen, M., Hunter, J. E., & Donohue, W. A. (1989). Meta-analysis of self-report data on the effectiveness of public speaking anxiety treatment techniques. *Communication Education*, 38(1), 54-76. <https://doi.org/10.1080/03634528909378740>
- American Psychiatric Association (5^e édition). (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier Masson.
- Anxiety Canada. (s. d.) *Social Anxiety Disorder*. <https://www.anxietycanada.com/disorders/social-anxiety-disorder/>
- Arch, J. J., Landy, L. N., Schneider, R. L., Koban, L., & Andrews-Hanna, J. R. (2018). Self-compassion induction enhances recovery from social stressors: Comparing adults with social anxiety disorder and healthy controls. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(5), 594-609. <https://doi.org/10.1080/10615806.2018.1504033>
- Asher, M., Asnaani, A., Aderka, I. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical Psychology Review*, 56, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004>

- Bartholomay, E. M., & Houlihan, D. D. (2016). Public Speaking Anxiety Scale: Preliminary psychometric data and scale validation. *Personality and Individual Differences, 94*, 211–215. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.026>
- Bisby, M. A., Balakumar, T., Scott, A. J., Titov, N., & Dear, B. F. (2023). An online therapist-guided ultra-brief treatment for depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 1*–12. doi:10.1017/S003329172300260X
- Beshai, S., Salimuddin, S., Refaie, N., Maierhoffer, J. (2022). Dispositional Mindfulness and Self-Compassion Buffer the Effects of COVID-19 Stress on Depression and Anxiety Symptoms. *Mindfulness, 13*(12), 3028-3042. doi: 10.1007/s12671-022-02008-0
- Blackie, R. A., & Kocovski, N. L. (2017). Forgive and let go: effect of self-compassion on post-event processing in social anxiety. *Mindfulness, 9*(2), 654-663. DOI:10.1007/S12671-017-0808-9
- Blöte, A. W., Kint, M. J. W., Miers, A. C., & Westenberg, P. M. (2009). The relation between public speaking anxiety and social anxiety: A review. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(3), 305-313. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.11.007>
- Bodie, G. D. (2010). A Racing Heart, Rattling Knees, and Ruminative Thoughts: Defining, Explaining, and Treating Public Speaking Anxiety, *Communication Education, (59)*1, 70-105. doi:10.1080/03634520903443849
- Boettcher, J., Carlbring, P., Renneberg, B., & Berger, T. (2013). Internet-based interventions for social anxiety disorder-an overview. *Verhaltenstherapie, 23*(3), 160-168. <https://doi.org/10.1159/000354747>

- Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Baños, R. M., Quero, S., & Alcañiz, M. (2009). The acceptability of an Internet-based self-help treatment for fear of public speaking. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 297-311.
<https://doi.org/10.1080/03069880902957023>
- Botella, C., Gallego, M. j., Garcia-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. m., Quero, S., et al. (2010). An Internet-Based Self-Help Treatment for Fear of Public Speaking: A Controlled Trial. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(4), 407-421.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0224>
- Canton, J., Scott, K. M., & Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia: Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 203-215.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S23317>
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 47(1), 1–18.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *British Journal of Psychiatry*, 190(2), 123–128.
doi:10.1192/bjp.bp.105.020107
- Caron, J., & Liu, A. (2010). A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: Comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Diseases in Canada*, 30(3), 84–94.

- Charette, J., Léveillé, C., O'Connor, K. P., Péliissier, M.-C, & St-Jean-Trudel, E. (2003). SPIN - Version Française. Montréal, QC: Centre de Recherche Fernand Séguin
- Cheema, J.R. (2014). Some general guidelines for choosing missing data handling methods in educational research. *J. Mod. Appl. Stat. Methods* 13(2), 53–75.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). The Guilford Press.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 176, 379–386. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior modification*, 31(5), 543-568. <https://doi.org/10.1177/0145445507302037>
- Daly, J. A., McCroskey, J. C., Ayres, J., Hopf, T., Sonandre, D. M., & Wongprasert, T. K. (2009). *Avoiding communication: Shyness, reticence, and communication apprehension* (3rd ed.). Cresskill, NJ: Hampton
- Ebrahimi, O. V., Pallesen, S., Kenter, R. M. F., & Nordgreen, T. (2019). Psychological interventions for the fear of public speaking: a meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 488. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00488>
- Eldridge, S. M., Chan, C. L., Campbell, M. J., Bond, C. M., Hopewell, S., Thabane, L. et al. (2016). CONSORT 2010 statement: extension to randomised pilot and feasibility trials. *Pilot and Feasibility Studies*, 2. doi: 10.1186/s40814-016-0105-8

- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. A., Feeny, N. C., et al. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 953–964. doi:10.1037/0022-006X.73.5.953
- Fracalanza, K., Koerner, N. and Antony, M. (2014). Testing a procedural variant of written imaginal exposure for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 559–569. doi:10.1016/j.janxdis.2014.05.011
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators : A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 132*(6), 823-865. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823>
- Furmark, T. (2002). Social phobia : Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*(2), 84-93. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.1r103.x>
- Gallego, M.J. (2007). *An Internet-Based Self-Help Treatment for Fear of Public Speaking: A Controlled Trial*. Nonpublished doctoral dissertation, Universitat Jaume I, Castellon.
- Gallego, M.J., Gerardus Emmelkamp, P.M., Kooij, M., & Mees, H. (2011). The effects of a Dutch version of an Internet-based treatment program for fear of public speaking: A controlled study. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*(3), 459-472. ISSN 2174-0852
- Gao, J., Feng, Y., Xu, S., Wilson, A., Li, H., Wang, et al. (2023). Appearance anxiety and social anxiety: A mediated model of self-compassion, *Frontiers in Public Health, 11*, 2296-2565, DOI=10.3389/fpubh.2023.1105428
- Gill, C., Watson, L., Williams, C., Chan, SWY. (2018). Social anxiety and self-compassion in adolescents. *J Adolesc., 69*, 163-174. doi: 10.1016/j.adolescence.2018.10.004

- Goetter, E. M., Frumkin, M. R., Palitz, S. A., Swee, M. B., Baker, A. W., Bui, E., et al. (2020). Barriers to mental health treatment among individuals with social anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Psychological services, 17*(1), 5–12.
<https://doi.org/10.1037/ser0000254>
- Gorinelli, S., Gallego, A., Lappalainen, P., & Lappalainen, R. (2022). Psychological Processes in the Social Interaction and Communication Anxiety of University Students: The Role of Self-Compassion and Psychological Flexibility. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 22*(1), 5-19.
- Grieve, R., Woodley, J., Hunt, S. E., & McKay, A. (2021). Student fears of oral presentations and public speaking in higher education: a qualitative survey, *Journal of Further and Higher Education, 45*(9), 1281-1293. DOI: 10.1080/0309877X.2021.1948509
- Griffiths, K. M. (2013). Towards a framework for increasing help-seeking for social anxiety disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 47*(10), 899–903.
<https://doi.org/10.1177/0004867413493335>
- Guo, S., Deng, W., Wang, H., Liu, J., Liu, X., Yang, X., et al. (2021). The efficacy of internet-based cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother, 28*, 656–668. <https://doi.org/10.1002/cpp.2528>
- Harwood, E. M., & Kocovski, N. L. (2017). Self-compassion induction reduces anticipatory anxiety among socially anxious students. *Mindfulness, 8*, 1544 - 1551.
<http://doi.org/10.1007/s12671-017-0721-2>
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy, 36*(2), 125-138.

doi:10.1177/0145445507302037

Hofmann, S. G. (2007). Cognitive Factors that Maintain Social Anxiety Disorder: A Comprehensive Model and its Treatment Implications. *Cognitive behaviour therapy*, 36(4), 193-209. <https://doi.org/10.1080/16506070701421313>

Hofmann, S. G., & Dibartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior therapy*, 31(3), 499–515. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(00\)80027-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(00)80027-1)

Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14 Suppl 1(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

Kotera, Y., & Sheffield, D. (2020). Revisiting the self-compassion scale-short form: Stronger associations with self-inadequacy and resilience. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 2(6), 761-769. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00309-w>

Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J. Gen. Intern. Med.* 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Kross, E., & Ayduk, O. (2011). Making meaning out of negative experiences by self-distancing. *Current directions in psychological science*, 20(3), 187-191.

<https://doi.org/10.1177/0963721411408883>

Kross, E., & Ayduk, O. (2017). Self-distancing: Theory, research, and current directions. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 55, pp. 81-136). Academic Press. DOI: 10.1016/bs.aesp.2016.10.002 9

- Lange, A., Schrieken, B., van de Ven, J.-P., Bredeweg, B., Emmelkamp, P. M. G., van der Kolk, J., et al. (2000). "Interapy": The effects of a short protocolled treatment of posttraumatic stress and pathological grief through the internet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(2), 175-192. <https://doi.org/10.1017/S1352465800001089>
- Leary, M. R., Tate, E. N., Adams, C. E., Batts, A. A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887–904. DOI: 10.1037/0022-3514.92.5.887
- Lee, B. W., & Stapinski, L. A. (2012). Seeking safety on the internet: relationship between social anxiety and problematic internet use. *Journal of anxiety disorders*, 26(1), 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.001>
- Lépine, J.-P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders : Prevalence and societal costs. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63 Suppl 14, 4-8.
- LoSavio, S. T., Worley, C. B., Aajmain, S. T., Rosen, C. S., Wiltsey Stirman, S., & Sloan, D. M. (2023). Effectiveness of written exposure therapy for posttraumatic stress disorder in the Department of Veterans Affairs Healthcare System. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 15(5), 748–756. <https://doi.org/10.1037/tra0001148>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology, *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Makadi, E., & Koszycki, D. (2020). Exploring Connections Between Self-Compassion, Mindfulness, and Social Anxiety. *Mindfulness*, 11(2), 480-492. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01270-z>

- Manly, C.A., & Wells, R.S. (2015). Reporting the use of multiple imputation for missing data in higher education research. *Res. High. Educ.* 56 (4), 397–409. <https://doi.org/10.1007/s11162-014-9344-9>
- McBride, N. L., Bates, G. W., Elphinstone, B., & Whitehead, R. (2022). Self-compassion and social anxiety: The mediating effect of emotion regulation strategies and the influence of depressed mood. *Psychology and psychotherapy*, 95(4), 1036–1055. <https://doi.org/10.1111/papt.12417>
- Morrison, A., & Heimberg, R. (2013). Social Anxiety and Social Anxiety Disorder. *Annual review of clinical psychology*, 9, 249-274. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185631>
- Musiat, P., Johnson, C., Atkinson, M., Wilksch, S., & Wade, T. (2022). Impact of guidance on intervention adherence in computerised interventions for mental health problems: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 52(2), 229-240. doi:10.1017/S0033291721004621
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101. DOI: 10.1080/15298860390129863
- Neff, K. (2009). Self-compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 561–573). The Guilford Press.
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, 74, 193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23–50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>

- Niles, A. N., Craske, M. G., Lieberman, M. D., & Hur, C. (2015). Affect labeling enhances exposure effectiveness for public speaking anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *68*, 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.004>
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2015). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD011565. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011565>
- Olsen, M.K., Stechuchak, K.M., Edinger, J.D., Ulmer, C.S., & Woolson, R.F. (2012). Move over LOCF: principled methods for handling missing data in sleep disorder trials. *Sleep Med.* *13*(2), 123–132. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.09.007>.
- Osório, F. de L., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., & Loureiro, S. R. (2011). Social Anxiety Disorder, Fear of Public Speaking, and the use of Assessment Instruments. *Different Views of Anxiety Disorders*. <https://doi.org/10.5772/18629>
- Pace, T. W. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., et al. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, *34*(1), 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.08.011>
- Pauley, D., Cuijpers, P., Papola, D., Miguel, C., Karyotaki, E. (2023). Two decades of digital interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of treatment effectiveness. *Psychological Medicine* *53*, 567–579. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001999>
- Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, *95*(3), 274–281.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.95.3.274>

- Pertaub, D.-P., Slater, M., & Barker, C. (2002). An Experiment on Public Speaking Anxiety in Response to Three Different Types of Virtual Audience. *Presence, 11*, 68-78. <https://doi.org/10.1162/105474602317343668>
- Pull, C. B. (2012). Current status of knowledge on public-speaking anxiety: *Current Opinion in Psychiatry, 25*(1), 32-38. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32834e06dc>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical psychology & psychotherapy, 18*(3), 250–255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Ramirez, G., & Beilock, S. L. (2011). Writing About Testing Worries Boosts Exam Performance in the Classroom. *Science, 331*(6014), 211-213. <https://doi.org/10.1126/science.1199427>
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*:867–879. Doi:10.1037/0022-006X.70.4.867
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(5), 748-756. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.5.748>
- Richey, J. A., Brewer, J. A., Sullivan-Toole, H., Strege, M. V., Kim-Spoon, J., White, S. W., et al. (2019). Sensitivity shift theory: A developmental model of positive affect and motivational deficits in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 72*, 101756. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101756>

- Roch-Gagné, M., & Talbot, F. (2019). A Feasibility Open Trial of a Brief Internet-Delivered Written Exposure Therapy for Worry. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 47(4), 462-477. DOI: 10.1017/S1352465818000693
- Schauer, M., Neuner, F., Elbert T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A short Term Treatment For Traumatic Stress Disorders (2nd edition)*. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing
- Shapira, L. B., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5(5), 377-389. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.516763>
- Siegel, A.N., & Kocovski, N.L. (2020). Effectiveness of Self-Compassion Inductions Among Individuals with Elevated Social Anxiety. *Mindfulness* 11, 2552–2560. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01470-y>
- Sloan, D. M., Lee, D. J., Litwack, S. D., Sawyer, A. T. and Marx, B. P. (2013). Written Exposure Therapy for Veterans Diagnosed with PTSD: A Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress*, 26: 776-779. <https://doi.org/10.1002/jts.21858>
- Sloan, D. M., & Marx, B. P. (2019). *Written exposure therapy for PTSD: A brief treatment approach for mental health professionals*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000139-000>
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Bovin, M. J., Feinstein, B. A., & Gallagher, M. W. (2012). Written exposure as an intervention for PTSD: A randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 627-635. doi:10.1016/j.brat.2012.07.001

- Sloan, D. M., Marx, B. P., & Epstein, E. M. (2005). Further Examination of the Exposure Model Underlying the Efficacy of Written Emotional Disclosure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 549–554. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.549>
- Sloan, D. M., Marx, B. P., & Lee, D. J., (2018). Written Exposure Therapy vs Cognitive Processing Therapy—Reply. *JAMA Psychiatry, 75*(57), 757-759.
doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0813
- Soley-Bory, M. (2013). Dealing with missing data: Key assumptions and methods for applied analysis. School of Public Health, Boston University, Boston, MA. Technical Report No. 4.
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., ... Scott, K. M. (2017). *The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. BMC Medicine, 15*(1). doi:10.1186/s12916-017-0889-2
- Stein, M. B., Torgrud, L. J., & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: findings from a community survey. *Archives of general psychiatry, 57*(11), 1046-1052. doi:10.1001/archpsyc.57.11.1046
- Stein, M. B., Walker, J. R., Forde, D. R. (1996). Public-Speaking Fears in a Community Sample: Prevalence, Impact on Functioning, and Diagnostic Classification. *Arch Gen Psychiatry. 53*(2):169–174. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830020087010
- Stevenson, J., Mattiske, J. K., & Nixon, R. D. V. (2019). The effect of a brief online self-compassion versus cognitive restructuring intervention on trait social anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 123*, 103492. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103492>

- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., ... & Rapee, R. M. (2013). Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: randomised controlled trial. *PloS one*, *8*(7), e62873.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062873>
- Thompson-Hollands, J., Marx, B. P., Lee, D. J., Resick, P. A., & Sloan, D. M. (2018). Long-Term Treatment Gains of a Brief Exposure-Based Treatment for PTSD. *Depression and anxiety*, *35*(10), 985-991. <https://doi.org/10.1002/da.22825>
- Thompson-Hollands, J., Marx, B., & Sloan, D. (2019). Brief novel therapies for PTSD: Written Exposure Therapy. *Current Treatment Options in Psychiatry*, *6*(2), 99-106.
doi: 10.1007/s40501-019-00168-w
- U.S. Department of Veteran Affairs. (2023). VA/DoD Clinical Practice Guidelines 2023. (2009, Jun3) <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>
- Vrieze, S.I. (2012). Model selection and psychological theory: a discussion of the differences between the akaike information criterion (AIC) and the bayesian information criterion (BIC). *Psychol. Methods* *17*(2), 228–243. <https://doi.org/10.1037/a0027127>
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., Kessler, R. C. (2005). Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset of Mental Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. *62*(6):603–613.
doi:10.1001/archpsyc.62.6.603
- Warren, R., Smeets, E. & Neff, K. D. (2016). *Self-criticism and self-compassion: Risk and resilience for psychopathology*. *Current Psychiatry*, *15*(12), 18-32.

- Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD : A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*, 25(5), 543-558. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>
- Wittchen, H.-U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(s417), 4-18. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s417.1.x>
- Wolitzky-Taylor, K., & LeBeau, R. (2023). Recent advances in the understanding and psychological treatment of social anxiety disorder. *Faculty Reviews*, 12(8). doi: 10.12703/r/12-8
- Yardley, L., Spring, B. J., Riper, H., Morrison, L. G., Crane, D. H., Curtis, K. et al. (2016). Understanding and promoting effective engagement with digital behavior change interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 51, 833–842. doi: 10.1016/j.amepre.2016.06.015

CHAPITRE 3
DISCUSSION GÉNÉRALE

La présente thèse avait pour but d'évaluer la faisabilité d'un programme de TEEi pour la peur de parler en public (PPP), *À la rencontre de son public*, d'une durée de six semaines avec soutien clinique minimal. Le soutien était offert par la coordinatrice de l'étude (candidate au doctorat professionnel en psychologie) sous supervision de la deuxième auteure de l'article, psychologue clinicienne. Il comprenait d'abord un contact téléphonique au début de l'intervention pour réviser les procédures de l'étude, identifier un scénario d'écriture, encourager les participants, puis répondre à leurs questions. Des courriels hebdomadaires automatisés pour communiquer des instructions, envoyer des rappels et offrir des encouragements et des rappels. Un courriel au mi-traitement s'enquérissait de leur expérience avec l'exposition en offrant de répondre aux questions, rappelait le rôle de l'évitement dans le maintien de la PPP et l'importance de la répétition des exercices, en plus d'offrir un rappel de compléter les exercices d'autocompassion et d'offrir des encouragements pour leurs efforts. Finalement, une rétroaction personnalisée à la fin du programme des progrès provenant des mesures liées à la PPP a été offerte.

L'objectif primaire de l'étude visait les mesures de faisabilité, dont les taux d'adhésion au traitement et d'attrition ainsi que l'acceptabilité du programme. Le recrutement du nombre ciblé de participants a été réalisé au cours de deux campagnes de recrutement d'un mois chacune, ce qui a été jugé acceptable en raison de la spécificité de la problématique, de l'évitement de la peur qui la caractérise et des limites géographiques, visant seulement la population résidant au Nouveau-Brunswick. Aucune donnée sur l'adoption du programme n'a été rapportée dans les articles de Botella et al. (2010) et Gallego et al. (2011). Les campagnes ont été menées en avril 2022 et en septembre 2022. La circulation de publicités a eu lieu sur diverses plateformes en ligne (Facebook, Instagram, Kijiji, Toastmasters, campagne digitale de Brunswick News) et par courriel (FESR de l'Université de Moncton, l'Infolettre de l'Université de Moncton). La plupart des participants a été recrutée par Facebook, à l'aide d'une publication partagée, et grâce aux courriels envoyés par l'Université. Les résultats obtenus appuient plusieurs des hypothèses. Notamment, la plupart des participants ont terminé le programme *À la rencontre de son public* et des réductions significatives de la PPP ont été obtenues. Par contre, un nombre plus élevé de participants ont abandonné le programme et un taux de satisfaction plus bas que prévu a été rapporté. Ces hypothèses ne sont ainsi pas soutenues. Une discussion des résultats pour chacune des variables de faisabilité suit.

Acceptabilité

Dans l'ensemble (80%), les participants ayant complété le programme et le questionnaire de satisfaction ($n = 10$) ont jugé qu'il valait la peine d'être suivi et qu'ils le recommanderaient à un ami. Le niveau de satisfaction variait cependant d'un participant à l'autre, avec 50% d'entre eux qui ont rapporté être plutôt satisfaits à satisfaits du programme. Il est aussi possible que ceux qui n'ont pas complété le programme et le questionnaire de satisfaction étaient insatisfaits. Ce taux de satisfaction est inférieur à celui d'autres programmes de TEEi et de TCCi pour des problèmes d'anxiété incluant la PPP (73% Botella et al., 2009; 64%; Gallego et al., 2011; 60%; Roch-Gagné & Talbot, 2019). En considération de l'hypothèse de la présente étude prédisant une satisfaction élevée envers le programme *À la rencontre de son public*, celle-ci n'est alors pas appuyée. Dans leurs rétroactions, les participants semblaient divisés quant à l'utilité perçue de la répétition du même scénario. Certains ont rapporté que cela leur a permis de réduire leur PPP, d'autres ont spécifié qu'il était difficile de varier le contenu de leurs écrits. D'autre part, parmi les éléments du programme que les participants ont trouvé aidant, il est intéressant que l'adoption d'une perspective distanciée (écrire sur la situation comme si elle était arrivée et telle qu'ils la perçoivent aujourd'hui) ainsi que les composantes d'autocompassion, en particulier, imaginer ce que dirait un ami cher (bienveillance envers soi-même) et mettre les choses en perspective (humanité commune, pleine conscience) aient été soulignées comme étant particulièrement aidantes. En effet, les composantes d'humanité commune et de pleine conscience ressemblent et complètent bien la perspective distanciée propre à la TEE. Elles invitent les gens à prendre un certain recul par rapport aux expériences vécues. Ces informations qualitatives sont importantes à considérer en vue des recherches futures et sous-tendent que ces composantes du programme méritent d'être étudiées davantage. Selon les recommandations émises par les participants en vue d'améliorer le programme, deux points ressortent. D'abord, l'option de varier les aspects de leur scénario d'exposition ou de changer de scénario et deuxièmement, l'inclusion de plus de psychoéducation dont des stratégies pratiques pour gérer la PPP. Le premier point résonne avec Sloan et al. (2005), qui suggèrent que pour certaines personnes, il pourrait être préférable d'utiliser un même scénario de peur ou pour d'autres de changer de scénario. La personnalisation des scénarios demeure à être davantage examinée. Finalement, quelques participants ont indiqué qu'ils auraient préféré recevoir moins de courriels de rappel et communiquer davantage avec la coordinatrice de l'étude.

En ce qui traite du degré de difficulté perçu du programme, la plupart des participants qui ont terminé l'étude ont attribué une note de 5 ou moins ($M = 3,40$) sur une échelle de 0 (pas du tout) à 10 (extrêmement) pour mesurer à quel point ils ont trouvé le programme bouleversant. Ce résultat est plus élevé par rapport aux TCCi pour la PPP ($M = 1,89/10$; Botella et al., 2009; $M = 1,00/10$; Gallego et al., 2011). Toutefois, quelques participants de ces études ont trouvé que les situations n'étaient pas assez anxiogènes pour noter une amélioration du niveau de leur peur. Ces données ne sont toutefois pas disponibles pour les participants qui n'ont pas terminé l'étude.

Adhésion

Le taux d'adhésion obtenu au traitement est satisfaisant (63%). L'hypothèse à l'effet que la majorité des participants complèteraient le traitement est ainsi soutenue. Le taux d'adhésion est comparable à celui d'études de TCCi pour l'anxiété et la dépression utilisant le même protocole de messages électroniques standardisés (p. ex., 58%; Titov et al., 2013) et à ceux d'une récente revue systématique et métaanalyse sur les interventions digitales avec et sans soutien clinique pour les troubles anxieux (55.9%; Pauley et al., 2023). L'adhésion est aussi plus élevée que dans la TEEi pour l'anxiété généralisée (28%; Roch-Gagné & Talbot, 2019). Les études de Botella et al. (2010) et de Gallego et al. (2011) n'ont pas rapporté de taux d'adhésion, ce qui limite les comparaisons possibles. Considérant les défis d'adhésion au début des interventions de Roch-Gagné et Talbot (2019) et de Sloan et al. 2012 (voir Sloan & Marx, 2019), nos résultats sont encourageants. L'ajout d'un soutien clinique par téléphone pour identifier le scénario d'écriture, comme recommandé par Roch-Gagné et Talbot (2019), des contacts par courriel automatisé hebdomadaire en plus du courriel envoyé au mi-traitement, pourrait avoir été bénéfique.

Dans l'étude présente, il est intéressant de constater qu'un plus grand nombre de personnes ayant terminé le programme étaient en couple, comparativement aux personnes n'ayant pas terminé le programme (valeur phi = 0,454, $p = 0,048$) (voir le tableau 3). À la lumière de la littérature sur les facteurs sociodémographiques, être célibataire est typiquement associé à l'anxiété sociale (Stein et al., 2017). Ceci est consistant d'une part, puisque l'échantillon de l'étude présente ne présentait pas des niveaux d'anxiété sociale élevés et était recruté sur la base de leur PPP.

Attrition

Il était attendu que la majorité des participants complèteraient l'étude. Or, un taux d'abandon de 37% a été obtenu. L'hypothèse formulée n'est donc pas soutenue. Seul un participant a donné une raison pour avoir abandonné, soit un manque de temps dû à un horaire de travail chargé. Par contre, ce taux de 37% est inférieur à ceux obtenus par la TEEi sur l'anxiété généralisée avec soutien clinique au besoin (57%; Roch-Gagné & Talbot, 2019) et pour les TCCi visant la PPP (52%; Botella et al., 2010; 46%; Gallego et al., 2011). Outre l'appel téléphonique initial pour réviser les procédures et choisir un scénario de PPP approprié, des efforts ont été déployés afin de diminuer les taux d'abandon du programme par l'ajout d'une composante d'autocompassion. Des interventions brèves de deux semaines sur l'autocompassion par l'écriture pour l'anxiété sociale présentent des taux plus faibles d'attrition (19%; Căndea & Szentágotai-Tătar, 2018; 13%; Stevenson et al., 2019). Ces meilleurs taux pourraient s'expliquer par la très brève durée des interventions. Cependant, bien qu'il y ait eu amélioration de l'anxiété sociale et de l'autocompassion dans l'étude de Căndea et al. (2018), aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes traitement et le groupe contrôle de type liste d'attente. Quant à l'étude de Stevenson et al. (2019), des améliorations ont été observées, mais aucun groupe contrôle n'a été inclus. Căndea et al. (2018) concluent que des interventions plus complexes pourraient être nécessaires pour obtenir un changement significatif entre les groupes. Néanmoins, dans l'étude de Stevenson et al. (2019), un taux d'attrition plus faible a été trouvé pour le groupe traitement avec restructuration cognitive que le groupe traitement sur l'autocompassion. Les auteurs suggèrent que cette différence dans le taux d'attrition pourrait être reliée au fait que l'intervention basée sur l'autocompassion a été perçue comme moins crédible, moins logique. Cela pourrait expliquer que le taux de complétion des exercices d'écriture sur l'autocompassion dans la présente étude ait fluctué davantage que celui des exercices d'écriture sur l'exposition. Il serait alors indiqué d'augmenter l'engagement dans des études ultérieures sur la TEEi en incluant davantage de psychoéducation sur l'utilité de l'autocompassion pour la PPP.

Par ailleurs, dans Botella et al. (2010), au sein de chaque condition, la grande majorité des participants était célibataire (90%) avec seulement 9% qui étaient en couple. Toutefois, Gallego et al. (2011), ont révélé qu'un plus grand pourcentage de participants ayant abandonné l'étude était célibataire (53%) comparativement à ceux qui ont terminé l'étude (29%). En considération de ces informations, il est intéressant de se rappeler que Botella et al. (2010) et Gallego et al. (2011)

avaient des taux d'abandon considérablement plus élevé que dans l'étude présente. Il est possible qu'être en couple puisse faciliter l'engagement thérapeutique en raison du soutien perçu. En termes d'engagement dans les interventions digitales, le statut relationnel n'a pas été inclus dans une revue systématique sur la question (Borghouts et al., 2021), possiblement puisqu'en général, très peu d'études (38%) rapportent le statut relationnel dans les populations avec une anxiété sociale et/ou une PPP (Johnson & Anderson, 2016).

Pour continuer, il est possible que les participants qui avaient initialement évalué leur scénario de PPP entre un « 6 et 7 » sur 10, aient suffisamment bénéficié de quelques séances d'écriture et se soient désengagés avant la fin du programme. En effet, dans Botella et al. (2010), quelques participants ont rapporté comme raison d'attrition s'être mieux senties dans les premières semaines. La possibilité que la tâche d'écriture ait suscité un niveau trop élevé d'anxiété dans le présent programme semble moins probable, compte tenu des rétroactions de participants. Ceci appuierait les gains préliminaires pour la mesure d'anxiété liée à la prise de parole en public obtenus lors du mi-traitement.

Afin de réduire davantage les taux d'attrition dans de futures études sur la TEEi, il est recommandé, en plus de personnaliser davantage le scénario d'exposition, qu'un appel téléphonique au mi-traitement remplace le courriel afin de retenir un plus grand nombre de participants à cette étape (Botella, et al. 2010). Cela s'accorde avec les recherches existantes sur l'anxiété sociale stipulant qu'un soutien clinique via d'autres moyens de communication que par courriel soit associé à une meilleure adhésion (Calbring et al., 2007; Musiat et al., 2022 Wolitzky-Taylor & LeBeau, 2023). Les participants à certaines études ont été compensés par des crédits de cours pour les étudiants universitaires, une carte-cadeaux de 40\$ (Cândea & Szentágotai-Tătar, 2018; Stevenson et al., 2019), ou encore en ayant l'opportunité de recevoir une thérapie avec un clinicien post-traitement (Botella et al., 2010). L'utilisation d'incitatifs pourrait faciliter le recrutement des participants et augmenter l'engagement. (Oliveira et al., 2023).

Efficacité

Les résultats préliminaires sur l'efficacité du traitement sont encourageants. Parmi les mesures primaires, une diminution statistiquement significative et importante de l'anxiété face à la prise de parole en public (PSAS) a été observée du pré-traitement au post-traitement et maintenue au suivi de trois mois. Une amélioration significative, mais plus graduelle a également

été trouvée pour les pensées positives sur la prise de parole en public (SSPS-P) du pré-traitement au suivi. Bien qu'elles ne soient pas statistiquement significatives, des tailles d'effet modérées ont été constatées entre le pré-traitement et le post-traitement ainsi qu'au suivi pour les pensées négatives sur la prise de parole en public (SSPS-N). Ainsi, les résultats de l'étude suggèrent que le programme *À la rencontre de son public* pourrait être bénéfique pour réduire l'anxiété liée à la PPP. Cela appuie partiellement l'hypothèse stipulant des améliorations significatives au niveau de la PPP. Plusieurs participants ont connu une diminution modérée des scores au PSAS après deux séances d'écriture et une deuxième diminution modérée au mi-traitement au post-traitement. Cela suggère que les participants qui ont abandonné le traitement pourraient l'avoir fait après s'être suffisamment engagés avec le programme pour en ressentir les bénéfices souhaités (référé à l'engagement effectif, Yardley et al., 2016). Pour ce qui en est des résultats quant aux pensées négatives sur la prise de parole (SSPS-N), Botella et collègues (2010), tout comme dans la présente étude, n'avaient pas trouvé de différences significatives sur la SSPS-N au post-traitement. Leurs niveaux au pré-traitement étaient toutefois comparables à ceux d'une population normale, ce qui n'était pas le cas pour notre échantillon qui présentait des niveaux plus élevés (Hofmann & Dibartolo, 2000). Dans l'étude de Gallego et ses collègues (2011), les scores sur le SSPS-N au pré-traitement étaient plus élevés et similaires à ceux de la présente étude, mais aucune différence significative n'a été observée avec le groupe contrôle, des améliorations s'étant produites au sein des deux groupes (autogérée et liste d'attente). Dans la présente étude, la moyenne des scores SSPS-N s'est rapprochée de celle d'une population normale au post-traitement (Hofmann & Dibartolo, 2000), puis s'est retrouvée légèrement sous la moyenne au suivi de trois mois. L'absence de différences significatives pourrait être liée à la petite taille d'échantillon. Il est aussi possible que plus de temps soit nécessaire avant de percevoir un changement dans les pensées négatives lorsqu'elles sont plus élevées.

L'impact du programme sur les variables secondaires a été évalué de manière exploratoire. Il est intéressant qu'une augmentation statistiquement significative ait été remarquée pour les comportements autocompatissants (SCS-SF-P) au post-traitement. Aucune différence significative n'a été observée quant aux autres mesures secondaires (comportements non autocompatissants, anxiété sociale, dépression). Encore une fois, il est possible que l'absence de résultats significatifs soit liée à la petite taille de l'échantillon. Néanmoins, les tailles d'effets ne sont pas influencées par la taille des échantillons, et celles qui ont été obtenues, et qui vont de petites à modérées,

pointent vers des améliorations pour la plupart de ces variables. Notamment, une petite diminution est observée pour l'anxiété sociale au post-traitement avec une autre réduction modérée des symptômes du pré-traitement au suivi. Les résultats durant l'intervention ne sont pas surprenants, considérant que la présente étude avait parmi les critères d'inclusion une peur auto-déclarée de parler en public sans considérer le niveau d'anxiété sociale. Les interventions pour la PPP ont généralement des effets de petite à moyenne taille sur l'anxiété sociale, et ces derniers prennent plus de temps à se manifester (Ebrahimi et al., 2019).

Il est intéressant d'observer une augmentation significative et modérée au suivi des comportements d'autocompassion. Inversement, les comportements non autocompatissants se sont améliorés durant le programme plutôt qu'au suivi. Le changement significatif modéré des comportements d'autocompassion par rapport au petit changement dans les comportements de non-autocompassion peut résulter du fait que les exercices d'écriture portaient sur les dimensions positives de l'autocompassion (Mantzios et al., 2020). Il se pourrait que les comportements non autocompatissants se soient améliorés au cours du programme, car leurs niveaux au pré-traitement étaient plus problématiques en considération de la médiane. Plus de recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre l'interrelation entre l'autocompassion, l'anxiété sociale et la PPP. Les changements modérés de l'anxiété sociale par rapport à ceux significatifs et larges de l'anxiété liée à la prise de parole en public soulignent la pertinence de l'utilisation de mesures spécifiques à l'anxiété de performance versus les interactions sociales comme le mentionnent McBride et al. (2022). Finalement, l'absence de changement significatif est compréhensible en ce qui concerne la mesure de dépression, car les participants présentaient déjà des scores de dépression légers avant le traitement et cette mesure servait plutôt à surveiller les symptômes en cas de détérioration selon le protocole de sécurité.

Forces et limites

La présente étude présente plusieurs forces. Au meilleur de nos connaissances, elle est la première à évaluer l'approche TEEi auprès d'une population avec une PPP, la TEEi pouvant être une modalité d'intervention moins menaçante dans le cas de cette condition puisqu'elle n'implique pas de présentations devant un public, ni en présentiel, ni via Internet. Aussi, peu d'interventions par Internet ciblent spécifiquement les PPP, mais portent plutôt sur l'anxiété sociale. L'étude révèle des taux d'adhésion et d'attrition meilleurs que dans des études antérieures sur la PPP, avec

des résultats préliminaires encourageants. Elle s'insère parmi les quelques études évaluant une combinaison d'approches pour cette population, soit l'exposition et l'autocompassion, contribuant ainsi à l'élargissement des connaissances dans ce domaine (Ebrahimi et al., 2019; Stevenson et al., 2019). De plus, l'inclusion d'une mesure au pré-traitement du niveau de motivation indique que cette population peut avoir une bonne motivation à entreprendre un traitement tel que celui-ci. L'inclusion des mesures au mi-traitement est une force de cette étude, puisqu'elle a permis de détecter des améliorations importantes. Les personnes présentant une anxiété sociale peuvent abandonner le traitement suivant une amélioration précoce et rapide des symptômes, satisfaisant alors leurs attentes thérapeutiques (Wolitzky-Taylor & LeBeau, 2023). Des améliorations additionnelles ont également été trouvées au mi-traitement et au post-traitement, ce qui pourrait encourager les participants à poursuivre le traitement, notamment pour ceux n'ayant pas atteint leurs attentes thérapeutiques. L'inclusion d'un suivi de trois mois après le traitement a de plus permis d'évaluer les gains additionnels qui se sont produits suite à l'intervention.

Le format en ligne permet d'augmenter la validité externe, étant facilement accessible à un plus grand nombre de personnes partout au Nouveau-Brunswick. Aussi, une proportion semblable d'hommes et de femmes ont participé alors que dans les études de thérapie par Internet, il y a typiquement une proportion élevée de femmes (Olthuis et al., 2015). Cette modalité augmente également la validité interne de l'étude en diminuant la variabilité du traitement, puisqu'elle suit un protocole d'intervention standardisé pour tous les participants, ainsi que les chances que le succès du traitement soit attribuable à un biais des expérimentateurs. Cette étude élargit davantage l'accessibilité au traitement par l'absence de critères d'inclusion basés sur des niveaux de symptômes cliniques.

Malgré ces forces, cette thèse comprend également plusieurs limites. D'abord, du fait qu'il s'agit d'une étude de faisabilité, la petite taille de l'échantillon diminue la puissance statistique. Une autre limite liée à son devis, consiste en l'absence d'un groupe de comparaison ou de contrôle. Par conséquent, aucune relation de cause à effet ne peut être confirmée quant à l'efficacité du programme *À la rencontre de son public* pour les PPP. La généralisation des résultats est limitée, étant donné que tous les participants détenaient un diplôme d'études postsecondaires, que la plupart d'entre eux avaient un emploi et que tous sauf un parlaient le français. Puisque les participants ont été recrutés dans la population générale et n'ont pas été sélectionnés en fonction d'un niveau clinique d'anxiété sociale ou de performance, la comparaison avec des populations

cliniques est restreinte. L'absence d'outils psychométriques objectifs (p. ex., mesures physiologiques, comportementales) peut laisser place à l'influence de biais subjectifs.

En ce qui a trait aux participants ayant abandonné l'étude, il n'a pas été possible d'avoir davantage de détails sur les raisons d'abandon, ce qui pourrait influencer l'interprétation des résultats obtenus. Aussi, comme les exercices écrits comprenaient à la fois des éléments de TEE et d'autocompassion, il est difficile de distinguer l'efficacité respective de chaque composante, étant donné que tous les participants ont reçu le même traitement. Ce ne sont pas tous les participants qui ont accompli les tâches d'autocompassion, mais la plupart l'ont fait (67% à 92%). Comme susmentionné, le courriel de rappel envoyé au mi-traitement soulignait l'importance d'effectuer les exercices d'autocompassion pour remédier à cette situation. Un plus grand nombre de participants (92%) ont effectué les exercices d'autocompassion au cours de la semaine suivant ce rappel, mais moins l'ont fait la semaine suivante (67%), soit la dernière semaine d'intervention. Cette variabilité dans la complétion des tâches d'autocompassion pourrait être attribuable à la présentation des exercices d'écriture sur la plateforme. Les participants ont rédigé leur texte en ligne, dans un encadré situé sous les directives d'écriture qui comprenait à la fois l'exercice d'écriture d'exposition et d'autocompassion. Il a pu être difficile pour les participants de se souvenir qu'ils devaient terminer leur texte en écrivant sur l'autocompassion, après avoir écrit pendant 20 à 30 minutes sur leur scénario. Il aurait mieux valu fournir deux encadrés, un pour l'exercice d'écriture sur l'exposition et un autre pour l'exercice d'écriture sur l'autocompassion. Cela dit, les résultats de Stevenson et al. (2019) suggèrent que les stratégies d'autocompassion peuvent être perçues comme des interventions moins crédibles que des stratégies de TCC. À la lumière de ces informations, de futures interventions de TEEi comme celle de cette étude seraient gagnantes de présenter un rationnel plus élaboré de l'utilité de l'autocompassion comme stratégie d'intervention pour la PPP (Stevenson et al., 2019).

Avenues de recherche futures

Pour résumer les recommandations mentionnées les plus pertinentes à mettre en place, il serait important : (1) d'évaluer l'option de passer à des aspects plus anxiogènes de leur scénario initial ou à un autre scénario suivant l'évaluation des progrès au mi-traitement; (2) de remplacer le courriel mi-traitement par un appel téléphonique; (3) puis ajouter davantage d'information psychoéducatrice sur l'utilité de l'autocompassion en lien avec les interventions pour la PPP. Il

serait également important que les recherches futures examinent davantage de moyens pour diminuer l'attrition et augmenter la satisfaction au traitement. Une revue récente sur le traitement de l'anxiété sociale présente des suggestions intéressantes (Wolitzky-Taylor & LeBeau, 2023). Par exemple, l'utilisation des messages texte brefs et personnalisés pourrait davantage maintenir l'engagement des participants. Carlbring et ses collègues (2007) ont procédé de la sorte et suggèrent qu'il s'agit d'un moyen de communication plus efficace que l'envoi de courriels électroniques. Les messages SMS pourraient être plus facilement accessibles quotidiennement et élimineraient les multiétapes pour accéder à la communication (p. ex., recevoir des courriels puis devoir se connecter en ligne pour les lire et y répondre). Des appels par vidéoconférence sont aussi suggérés pour fournir des rétroactions aux participants (Wolitzky-Taylor & LeBeau, 2023). Dans une récente étude de thérapie cognitive via Internet randomisée contrôlée auprès de participants avec une anxiété sociale clinique, de brefs appels hebdomadaires étaient fixés, avec des messages SMS pour rappeler de compléter les tâches et les questionnaires, et aucun participant n'a abandonné l'étude (Clark et al, 2023). Il est à noter que ces participants étaient des patients référés. S'engager à se présenter lors d'un appel téléphonique ou vidéoconférence pourrait aussi augmenter l'adhésion des participants au programme. Une autre suggestion intéressante avancée par Wolitzky-Taylor et LeBeau (2023), consiste à directement adresser le manque d'engagement comme partie intégrante du protocole de traitement. Par exemple, de la psychoéducation et des stratégies relatives à l'entretien motivationnel pourraient être offertes au cours d'une séance en ligne pour encourager les participants (Tobias et al. 2022). À la lumière des résultats de Sloan et Marx (2019) ainsi que de LoSavio et collègues (2023), des informations plus détaillées sur le rôle de l'évitement pourraient être bénéfiques. Le rôle de l'évitement a été abordé dans le courriel envoyé au mi-traitement dans la présente étude, mais il est possible que cela n'ait été suffisant ou qu'il soit préférable de le faire plus tôt durant l'intervention. Une autre recommandation consiste à évaluer la crédibilité des composantes du programme *À la rencontre de son public* au début du programme. Dans la présente étude, le niveau de motivation à suivre le programme a été évalué, mais de manière générale. Il serait informatif d'évaluer les attentes des participants face aux différentes composantes de l'intervention. Comme mentionné précédemment, les participants du groupe traitement avec autocompassion dans l'étude de Stevenson et collègues (2019) ont rapporté un niveau de crédibilité inférieur de cette approche à celui du groupe traitement avec restructuration cognitive. Une crédibilité plus faible a été associée à un taux d'abandon plus élevé

dans cette étude (Stevenson et al., 2019). Cependant, Boettcher et al. (2013) ont évalué si les attentes envers un traitement TCCi autogéré pour le trouble d'anxiété sociale prédisaient les taux d'attrition et cela n'était pas le cas. Seulement l'adhésion et une amélioration des symptômes étaient prédites par les attentes envers le traitement. Donc, plus de recherches sont nécessaires pour mieux comprendre le rôle et l'impact des attentes envers le traitement pour une population avec une PPP.

Conclusion

Pour conclure, cette étude de faisabilité a permis d'évaluer le programme d'exposition par l'écriture par Internet, *À la rencontre de son public*, avec soutien minimal. L'adhésion au programme s'est avérée satisfaisante compte tenu du fait que le soutien clinique était minimal. L'attrition est notablement inférieure à celle rapportée pour le programme de Botella et al. (2010), Gallego et al. (2011), ainsi que dans Roch-Gagné et Talbot (2019), mais gagnerait à être plus faible encore. L'évaluation préliminaire de l'efficacité du programme s'est avérée positive et suggère notamment que l'intervention pourrait réduire la PPP. Des gains possibles en matière d'autocompassion sont également suggérés. L'ajout de cette composante demeure toutefois à être étudié davantage. En considération de ces résultats, le programme est jugé faisable avec certaines modifications. Plusieurs recommandations ont été présentées à cet effet afin de promouvoir l'engagement des participants et d'augmenter le niveau de satisfaction selon la rétroaction des participants. Considérant la prévalence de la PPP, l'accès au traitement limité, les complications possibles qui lui sont associées, lorsque non traitées, des solutions pour aider les gens atteints de PPP à obtenir une aide psychologique demeure un enjeu important.

RÉRÉFENCES

- Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., & de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 39(2), 241–254. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003590>
- Acquadro, C., Conway, K., GirouDET, C., & Mear, I., (2012). Linguistic Validation Manual for Health Outcome Assessments. Mapi Institute
- Al-Asadi, A. M., Klein, B., & Meyer, D. (2014). Posttreatment attrition and its predictors, attrition bias, and treatment efficacy of the anxiety online programs. *Journal of Medical Internet Research*, 16(10), e232. doi: [10.2196/jmir.3513](https://doi.org/10.2196/jmir.3513)
- Allen, M., Hunter, J. E., & Donohue, W. A. (1989). Meta-analysis of self-report data on the effectiveness of public speaking anxiety treatment techniques. *Communication Education*, 38(1), 54-76. <https://doi.org/10.1080/03634528909378740>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Washington, DC: APA.
- Arch, J. J., Landy, L. N., Schneider, R. L., Koban, L., & Andrews-Hanna, J. R. (2018). Self-compassion induction enhances recovery from social stressors: Comparing adults with social anxiety disorder and healthy controls. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(5), 594-609. <https://doi.org/10.1080/10615806.2018.1504033>
- Asher, M., Asnaani, A., Aderka, I. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical Psychology Review*, 56, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004>
- Bartholomay, E. M., & Houlihan, D. D. (2016). Public Speaking Anxiety Scale: Preliminary psychometric data and scale validation. *Personality and Individual Differences*, 94, 211–215. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.026>
- Blackie, R. A., & Kocovski, N. L. (2017). Forgive and let go: effect of self-compassion on post-event processing in social anxiety. *Mindfulness*, 9(2), 654-663. DOI:[10.1007/S12671-017-0808-9](https://doi.org/10.1007/S12671-017-0808-9)
- Blöte, A. W., Kint, M. J. W., Miers, A. C., & Westenberg, P. M. (2009). The relation between public speaking anxiety and social anxiety: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3), 305-313. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.11.007>

- Bodie, G. D. (2010). A Racing Heart, Rattling Knees, and Ruminative Thoughts: Defining, Explaining, and Treating Public Speaking Anxiety, *Communication Education*, 59:1, 70-105, doi:10.1080/03634520903443849
- Boettcher, J., Carlbring, P., Renneberg, B., & Berger, T. (2013). Internet-based interventions for social anxiety disorder-an overview. *Verhaltenstherapie*, 23(3), 160-168. <https://doi.org/10.1159/000354747>
- Boettcher, J., Renneberg, B., & Berger, T. (2013). Patient expectations in internet-based self-help for social anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(3), 203-214, DOI: 10.1080/16506073.2012.759615
- Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Baños, R. M., Quero, S., & Alcañiz, M. (2009). The acceptability of an Internet-based self-help treatment for fear of public speaking. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 297-311. <https://doi.org/10.1080/03069880902957023>
- Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. m., Quero, S., & Alcañiz, M. (2010). An Internet-Based Self-Help Treatment for Fear of Public Speaking: A Controlled Trial. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(4), 407-421. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0224>
- Borghouts, J., Eikey, E., Mark, G., De Leon, C., Schueller, S. M., Schneider, M., ... & Sorkin, D. H. (2021). Barriers to and facilitators of user engagement with digital mental health interventions: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 23(3), e24387
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 47(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *British Journal of Psychiatry*, 190(2), 123–128. doi:10.1192/bjp.bp.105.020107
- Cândeia, D. M., & Szentágotai-Tătar, A. (2018). The impact of self-compassion on shame-proneness in social anxiety. *Mindfulness*, 9(6), 1816-1824. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0924-1>

- Canton, J., Scott, K. M., & Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia: Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 203-215.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S23317>
- Caron, J., & Liu, A. (2010). A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: Comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Diseases in Canada*, 30(3), 84–94.
- Charette, J., Léveillé, C., O'Connor, K. P., Péliissier, M.-C, & St-Jean-Trudel, E. (2003). SPIN - Version Française. Montréal, QC: Centre de Recherche Fernand Séguin
- Cheema, J.R. (2014). Some general guidelines for choosing missing data handling methods in educational research. *J. Mod. Appl. Stat. Methods* 13(2), 53–75.
- Clark, D. M., Wild, J., Warnock-Parkes, E., Stott, R., Grey, N., Thew, G., & Ehlers, A. (2023). More than doubling the clinical benefit of each hour of therapist time: a randomised controlled trial of internet cognitive therapy for social anxiety disorder. *Psychological medicine*, 53(11), 5022–5032. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002008>
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). The Guilford Press.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 176, 379–386.
<https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Daly, J. A., McCroskey, J. C., Ayres, J., Hopf, T., Sonandre, D. M., & Wongprasert, T. K. (2009). *Avoiding communication: Shyness, reticence, and communication apprehension* (3rd ed.). Cresskill, NJ: Hampton
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior modification*, 31(5), 543-568.
<https://doi.org/10.1177/0145445507302037>
- Devilly, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 31(2), 73–86.
[https://doi.org/10.1016/s0005-7916\(00\)00012-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7916(00)00012-4)

- Ebrahimi, O. V., Pallesen, S., Kenter, R. M. F., & Nordgreen, T. (2019). Psychological interventions for the fear of public speaking: a meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 10*, 488. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00488>
- Eldridge, S. M., Chan, C. L., Campbell, M. J., Bond, C. M., Hopewell, S., Thabane, L. et al. (2016). CONSORT 2010 statement: extension to randomised pilot and feasibility trials. *Pilot and Feasibility Studies, 2*. doi: 10.1186/s40814-016-0105-8
- El Alaoui, S., Ljótsson, B., Hedman, E., Kaldo, V., Andersson, E., Rück, C., et al. (2015) Predictors of Symptomatic Change and Adherence in Internet Based Cognitive Behaviour Therapy for Social Anxiety Disorder in Routine Psychiatric Care. *PLoS ONE 10*(4): e0124258. doi:10.1371/journal.pone.0124258
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. A., Feeny, N. C., et al. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*:953–964. doi:10.1037/0022-006X.73.5.953
- Fracalanza, K., Koerner, N. and Antony, M. (2014). Testing a procedural variant of written imaginal exposure for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 559–569. doi:10.1016/j.janxdis.2014.05.011
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators : A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 132*(6), 823-865. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823>
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*(2), 84-93. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.1r103.x>
- Gallego, M.J. (2007). *An Internet-Based Self-Help Treatment for Fear of Public Speaking: A Controlled Trial*. Nonpublished doctoral dissertation, Universitat Jaume I, Castellon.
- Gallego, María José, & Gerardus Emmelkamp, Paul Maria, & Kooij, Marjoke van der, & Mees, Hilde (2011). The effects of a Dutch version of an Internet-based treatment program for fear of public speaking: A controlled study. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*(3), 459-472. ISSN 2174-0852
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*, 239–255. <https://doi.org/10.1348/147608310X526511>

- Goetter, E. M., Frumkin, M. R., Palitz, S. A., Swee, M. B., Baker, A. W., Bui, E., et al. (2020). Barriers to mental health treatment among individuals with social anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Psychological services, 17*(1), 5–12.
<https://doi.org/10.1037/ser0000254>
- Gorinelli, S., Gallego, A., Lappalainen, P., & Lappalainen, R. (2022). Psychological Processes in the Social Interaction and Communication Anxiety of University Students : The Role of SelfCompassion and Psychological Flexibility. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 22*(1), 5-19. <https://www.ijpsy.com/volumen22/num1/603.html>
- Grieve, R., Woodley, J., Hunt, S. E., & McKay, A. (2021). Student fears of oral presentations and public speaking in higher education: a qualitative survey, *Journal of Further and Higher Education, 45*(9), 1281-1293, DOI: 10.1080/0309877X.2021.1948509
- Griffiths, K. M. (2013). Towards a framework for increasing help-seeking for social anxiety disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 47*(10), 899–903.
<https://doi.org/10.1177/0004867413493335>
- Guo, S., Deng, W., Wang, H., Liu, J., Liu, X., Yang, X., et al. (2021). The efficacy of internet-based cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother, 28*, 656–668. <https://doi.org/10.1002/cpp.2528>
- Harwood, E. M., & Kocovski, N. L. (2017). Self-compassion induction reduces anticipatory anxiety among socially anxious students. *Mindfulness, 8*, 1544 - 1551.
<http://doi.org/10.1007/s12671-017-0721-2>
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy, 36*(2), 125-138.
doi:10.1177/0145445507302037
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive Factors that Maintain Social Anxiety Disorder : A Comprehensive Model and its Treatment Implications. *Cognitive behaviour therapy, 36*(4), 193-209. <https://doi.org/10.1080/16506070701421313>
- Hofmann, S. G., & Dibartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior therapy, 31*(3), 499–515. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(00\)80027-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(00)80027-1)

- Hytman, L., & Kocovski, N. L. (2023). Self-Compassion and Grit in the Context of Social Judgment. *SAGE Open*, 13(3). <https://doi.org/10.1177/21582440231194209>
- Johnson, S.B., & Anderson, P.L. (2016) Don't ask, don't tell: a systematic review of the extent to which participant characteristics are reported in social anxiety treatment studies. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(6), 589-605. DOI: 10.1080/10615806.2016.1138289
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14 Suppl 1(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J. Gen. Intern. Med.* 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kross, E., & Ayduk, O. (2011). Making meaning out of negative experiences by self-distancing. *Current directions in psychological science*, 20(3), 187-191. <https://doi.org/10.1177/0963721411408883>
- Kross, E., & Ayduk, O. (2017). Self-distancing: Theory, research, and current directions. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 55, pp. 81-136). Academic Press. DOI: 10.1016/bs.aesp.2016.10.002 9
- Lange, A., Schrieken, B., van de Ven, J.-P., Bredeweg, B., Emmelkamp, P. M. G., van der Kolk, J., et al. (2000). “Interapy”: The effects of a short protocolled treatment of posttraumatic stress and pathological grief through the internet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(2), 175-192. <https://doi.org/10.1017/S1352465800001089>
- Leary, M. R., Tate, E. N., Adams, C. E., Batts, A. A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887–904. DOI: 10.1037/0022-3514.92.5.887
- Lee, B. W., & Stapinski, L. A. (2012). Seeking safety on the internet: relationship between social anxiety and problematic internet use. *Journal of anxiety disorders*, 26(1), 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.001>
- Lépine, J.-P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63 Suppl 14, 4-8.

- LoSavio, S. T., Worley, C. B., Aajmain, S. T., Rosen, C. S., Wiltsey Stirman, S., & Sloan, D. M. (2023). Effectiveness of written exposure therapy for posttraumatic stress disorder in the Department of Veterans Affairs Healthcare System. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 15(5), 748–756. <https://doi.org/10.1037/tra0001148>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology, *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Makadi, E., & Koszycki, D. (2020). Exploring Connections Between Self-Compassion, Mindfulness, and Social Anxiety. *Mindfulness*, 11(2), 480-492. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01270-z>
- Manly, C.A., & Wells, R.S. (2015). Reporting the use of multiple imputation for missing data in higher education research. *Res. High. Educ.* 56 (4), 397–409. <https://doi.org/10.1007/s11162-014-9344-9>
- Mantzios, M., Koneva, A., & Egan, H. (2020). When ‘negativity’ becomes obstructive: A novel exploration of the two-factor model of the Self-Compassion Scale and a comparison of self-compassion and self-criticism interventions. *Current Issues in Personality Psychology*, 8(4), 289-300. doi: <https://doi.org/10.5114/cipp.2020.100791>
- McBride, N. L., Bates, G. W., Elphinstone, B., & Whitehead, R. (2022). Self-compassion and social anxiety: The mediating effect of emotion regulation strategies and the influence of depressed mood. *Psychology and psychotherapy*, 95(4), 1036–1055. <https://doi.org/10.1111/papt.12417>
- Morrison, A., & Heimberg, R. (2013). Social Anxiety and Social Anxiety Disorder. *Annual review of clinical psychology*, 9, 249-274. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185631>
- Musiat, P., Johnson, C., Atkinson, M., Wilksch, S., & Wade, T. (2022). Impact of guidance on intervention adherence in computerised interventions for mental health problems: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 52(2), 229-240. doi:10.1017/S0033291721004621
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101. DOI: 10.1080/15298860390129863
- Neff, K. (2009). Self-compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 561–573). The Guilford Press.

- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, 74, 193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23–50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
- Niles, A. N., Craske, M. G., Lieberman, M. D., & Hur, C. (2015). Affect labeling enhances exposure effectiveness for public speaking anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.004>
- Oliveira, C., Pacheco, M., Borges, J., Meira, L., Santos, A. (2023). Internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety among university students: A systematic review and meta-analysis, *Internet Interventions*, 31, 2214-7829, <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100609>
- Olsen, M.K., Stechuchak, K.M., Edinger, J.D., Ulmer, C.S., & Woolson, R.F. (2012). Move over LOCF: principled methods for handling missing data in sleep disorder trials. *Sleep Med.* 13(2), 123–132. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.09.007>.
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2015). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD011565. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011565>
- Osório, F. de L., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., & Loureiro, S. R. (2011). Social Anxiety Disorder, Fear of Public Speaking, and the use of Assessment Instruments. *Different Views of Anxiety Disorders*. <https://doi.org/10.5772/18629>
- Pace, T. W. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., et al. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34(1), 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.08.011>
- Pauley, D., Cuijpers, P., Papola, D., Miguel, C., Karyotaki, E. (2023). Two decades of digital interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of treatment effectiveness. *Psychological Medicine* 53, 567–579. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001999>
- Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 274–281.

- <https://doi.org/10.1037/0021-843X.95.3.274>
- Pertaub, D.-P., Slater, M., & Barker, C. (2002). An Experiment on Public Speaking Anxiety in Response to Three Different Types of Virtual Audience. *Presence, 11*, 68-78. <https://doi.org/10.1162/105474602317343668>
- Pull, C. B. (2012). Current status of knowledge on public-speaking anxiety: *Current Opinion in Psychiatry, 25*(1), 32-38. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32834e06dc>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical psychology & psychotherapy, 18*(3), 250–255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Ramirez, G., & Beilock, S. L. (2011). Writing About Testing Worries Boosts Exam Performance in the Classroom. *Science, 331*(6014), 211-213. <https://doi.org/10.1126/science.1199427>
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*:867–879. Doi:10.1037/0022-006X.70.4.867
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(5), 748-756. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.5.748>
- Richey, J. A., Brewer, J. A., Sullivan-Toole, H., Strege, M. V., Kim-Spoon, J., White, S. W., et al. (2019). Sensitivity shift theory: A developmental model of positive affect and motivational deficits in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 72*, 101756. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101756>
- Roch-Gagné, M., & Talbot, F. (2019). A Feasibility Open Trial of a Brief Internet-Delivered Written Exposure Therapy for Worry. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 47*(4), 462-477. DOI: 10.1017/S1352465818000693
- Rose, A. L., & Kocovski, N. L. (2021). The social self-compassion scale (SSCS): Development, validity, and associations with indices of well-being, distress, and social anxiety. *International Journal of Mental Health and Addiction, 19*(6), 2091-2109. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00302-3>
- Schauer, M., Neuner, F., Elbert T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A short Term Treatment For Traumatic Stress Disorders (2nd edition)*. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing

- Shapira, L. B., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology, 5*(5), 377-389. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.516763>
- Siegel, A.N., & Kocovski, N.L. (2020). Effectiveness of Self-Compassion Inductions Among Individuals with Elevated Social Anxiety. *Mindfulness 11*, 2552–2560. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01470-y>
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., ... Scott, K. M. (2017). *The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. BMC Medicine, 15*(1). doi:10.1186/s12916-017-0889-2
- Sloan, D. M., Lee, D. J., Litwack, S. D., Sawyer, A. T. and Marx, B. P. (2013). Written Exposure Therapy for Veterans Diagnosed with PTSD: A Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress, 26*: 776-779. <https://doi.org/10.1002/jts.21858>
- Sloan, D. M., & Marx, B. P. (2019). *Written exposure therapy for PTSD: A brief treatment approach for mental health professionals*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000139-000>
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Bovin, M. J., Feinstein, B. A., & Gallagher, M. W. (2012). Written exposure as an intervention for PTSD: A randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 627-635. doi:10.1016/j.brat.2012.07.001
- Sloan, D. M., Marx, B. P., & Epstein, E. M. (2005). Further Examination of the Exposure Model Underlying the Efficacy of Written Emotional Disclosure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 549–554. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.549>
- Sloan, D. M., Marx, B. P., & Lee, D. J., (2018). Written Exposure Therapy vs Cognitive Processing Therapy—Reply. *JAMA Psychiatry, 75*(57), 757-759. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0813
- Soley-Bory, M. (2013). Dealing with missing data: Key assumptions and methods for applied analysis. School of Public Health, Boston University, Boston, MA. Technical Report No. 4.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J., & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: findings from a community survey. *Archives of general psychiatry, 57*(11), 1046-1052. doi:10.1001/archpsyc.57.11.1046

- Stein, M. B., Walker, J. R., Forde, D. R. (1996). Public-Speaking Fears in a Community Sample: Prevalence, Impact on Functioning, and Diagnostic Classification. *Arch Gen Psychiatry*, 53(2):169–174. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830020087010
- Steinert, C., Stadter, K., Stark, R., & Leichsenring, F. (2017). The effects of waiting for treatment: A meta-analysis of waitlist control groups in randomized controlled trials for social anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3), 649-660.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2032>
- Stevenson, J., Mattiske, J. K., & Nixon, R. D. V. (2019). The effect of a brief online self-compassion versus cognitive restructuring intervention on trait social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 123, 103492. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103492>
- Thompson-Hollands, J., Marx, B. P., Lee, D. J., Resick, P. A., & Sloan, D. M. (2018). Long-Term Treatment Gains of a Brief Exposure-Based Treatment for PTSD. *Depression and anxiety*, 35(10), 985-991. <https://doi.org/10.1002/da.22825>
- Thompson-Hollands, J., Marx, B., & Sloan, D. (2019). Brief novel therapies for PTSD: Written Exposure Therapy. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6(2), 99-106. doi: [10.1007/s40501-019-00168-w](https://doi.org/10.1007/s40501-019-00168-w)
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., ... & Rapee, R. M. (2013). Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: randomised controlled trial. *PloS one*, 8(7), e62873.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062873>
- Tobias, M. R., Landy, L. N., Levin, M. E., & Arch, J. J. (2022). A Randomized Trial of Brief Online Interventions to Facilitate Treatment Seeking for Social Anxiety. *Behavior modification*, 46(5), 1137–1166. <https://doi.org/10.1177/01454455211040051>
- U.S. Department of Veteran Affairs. (2023). VA/DoD Clinical Practice Guidelines 2023. (2009, Jun3) <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>
- Vrieze, S.I. (2012). Model selection and psychological theory: a discussion of the differences between the akaike information criterion (AIC) and the bayesian information criterion (BIC). *Psychol. Methods* 17(2), 228–243. <https://doi.org/10.1037/a0027127>
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., Kessler, R. C. (2005). Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset of Mental Disorders in the

- National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 62(6):603–613. doi:10.1001/archpsyc.62.6.603
- Warren, R., Smeets, E. & Neff, K. D. (2016). *Self-criticism and self-compassion: Risk and resilience for psychopathology*. *Current Psychiatry*, 15(12), 18-32.
- Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD : A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*, 25(5), 543-558. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>
- Wittchen, H.-U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(s417), 4-18. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s417.1.x>
- Wolitzky-Taylor, K., & LeBeau, R. (2023). Recent advances in the understanding and psychological treatment of social anxiety disorder. *Faculty Reviews*, 12(8). doi: 10.12703/r/12-8.
- Yardley, L., Spring, B. J., Riper, H., Morrison, L. G., Crane, D. H., Curtis, K. et al. (2016). Understanding and promoting effective engagement with digital behavior change interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 51, 833–842. doi: 10.1016/j.amepre.2016.06.015

ANNEXE A

SOLLICITATIONS ET COMMUNICATIONS

Gérer sa peur de parler en public

L'unité de télépsychothérapie de l'Université de Moncton vous invite à participer à une étude sur le programme de gestion de la peur de parler en public, **A la rencontre de son public**. Il s'agit d'un programme GRATUIT, offert par Internet, qui a été développé pour aider les gens à mieux gérer leur peur de parler en public, que ce soit au travail ou en classe.

Plusieurs personnes ont le trac lors de présentations au point où c'est un problème. Toutefois, peu consultent ou ont accès à de l'aide. **A la rencontre de son public** a été développé dans l'espoir d'aider les gens à se sentir plus à l'aise de faire des présentations et à réduire l'impact de ce problème dans leur vie.

En quoi consiste l'étude?

L'étude comprend un programme de gestion de la peur de parler en public de 6 semaines et un suivi de 3 mois. Le programme inclus :

- 1 séance d'informations sur l'anxiété et la peur de parler en public suivi d'un appel téléphonique de la coordonnatrice de l'étude pour offrir des instructions
- 5 séances d'écriture pour faciliter la gestion de la peur de parler en public
- des courriels hebdomadaires automatisés offrant instructions, rappels et encouragements et un courriel de la coordonnatrice de l'étude à la mi-traitement pour vous assister
- de brefs questionnaires à remplir en ligne pour nous aider à évaluer vos progrès et l'impact du programme

Le programme **A la rencontre de son public** est basé sur des principes de thérapie utilisés dans la gestion de peurs et de l'anxiété. Il n'est pas nécessaire d'avoir des habiletés particulières en écriture pour participer. Le programme est offert dans les deux langues officielles. Aucun déplacement ou rendez-vous à une clinique n'est requis.

À qui s'adresse l'étude?

- Aux adultes de 18 ans et plus
- Qui résident au Nouveau-Brunswick
- Qui ont une peur de parler en public
- Qui sont intéressés à apprendre de nouvelles habiletés de gestion de cette peur
- Qui sont prêts à consacrer un minimum de 30 minutes par semaine à l'étude et à partager certains renseignements personnels

Malheureusement, nous ne pouvons pas inclure dans cette étude des gens qui ne résident pas au Nouveau-Brunswick ou qui n'ont pas accès à Internet ou qui sont en situation de crise. Si vous vous sentez suicidaire ou en crise, ou si vous avez besoin d'une aide immédiate, veuillez contacter votre **médecin de famille, utiliser la ligne d'écoute CHIMO (1- 800-667-5005) ou composez le 9-1-1**. Vous pouvez également visiter l'urgence la plus près de chez vous ou vous pouvez suivre les instructions d'urgence fournies par votre médecin, un professionnel en santé mentale ou une équipe de soins.

De plus, nous ne pouvons pas accepter de demandes de gens qui suivent déjà une thérapie ou qui ont commencé à prendre un médicament pour l'anxiété ou la dépression au cours du dernier mois ou si la dose de ce médicament a changé au cours du dernier mois.

Qui mène l'étude?

Alex-Anne Lamoureux, étudiante au doctorat à l'École de psychologie de l'Université de Moncton (coordonnatrice de la recherche, 506-858-4000, poste 4406; courriel info@etherapies.ca, sous la supervision de la professeure et psychologue France Talbot (tel. 506-858-4000, poste 4200; courriel france.talbot@umoncton.ca).

Si vous souhaitez participer et aimeriez avoir plus d'informations sur cette étude, veuillez consulter le site Web suivant: www.etherapies.ca. Cliquer sur « Demande de participation » sous « Étude pour gérer la peur de parler en public ». Vous pouvez également communiquer avec nous en tout temps.

La demande de participation implique de :

1. Cliquer sur l'onglet ci-dessous « Créer un compte ». Cela vous amènera à la fiche d'ouverture d'un compte sécurisé sur la plateforme etherapies de l'étude. Une adresse courriel est requise à cette étape ainsi que votre prénom et nom (ou l'initiale de votre nom).
2. Pour « Nom de l'étude », cliquer sur les petites flèches et sur « Formulaire – À la rencontre de son public »
3. Lire le formulaire de consentement
4. Cliquer sur « J'accepte de participer » puis sur « Créer mon compte »
5. Remplir de brefs questionnaires en ligne, avant de débiter le programme, ce qui prend environ 5 minutes. Ces questionnaires incluent des questions générales (ex., âge, lieu de résidence), des questions sur les traitements suivis pour des problèmes de santé mentale, votre humeur et la peur de parler en public. Ces questionnaires nous aideront à déterminer si le programme offert est approprié pour vous.
6. Nous vous contacterons par courriel pour vous dire si le programme est susceptible d'être aidant et si c'est le cas, quand vous pourrez commencer le programme.

Managing your Fear Public Speaking

The Telepsychotherapy Unit from the Université de Moncton would like to invite you to participate in a study involving a program, **Meet Your Public**, developed to better cope with fear of public speaking. This FREE program is offered *via* the Internet and seeks to help people with the fear of public speaking, whether it be work or school related.

Many people fear public speaking to an extent where it becomes problematic. However, few consult for help or have access to treatment. **Meet Your Public** was developed in the hope of helping people feel more at ease during presentations and limit the negative impact their fear can have on their lives.

What does the study involve?

The study involves a 6-week program on managing the fear of public speaking and a 3-month follow-up. The program includes:

- 1 information session about anxiety and the fear of public speaking followed by a phone call from the study coordinator to offer instructions
- 5 writing sessions to facilitate the management of the fear
- Weekly automated emails offering instructions, reminders, and support as well as an email from the study coordinator mid-treatment to check to provide further guidance
- Brief online questionnaires to be completed to evaluate the program's impact

Meet Your Public is based on principles used in therapy to manage fear and anxiety. It is not necessary to have specific writing skills to participate in the program. The program is available in French and English. No traveling or appointments to a clinic are necessary.

Who is the study suitable for?

- Adults aged 18 and over
- Residing in New Brunswick
- With the fear of public speaking
- Who are interested in learning new skills to manage this fear
- Who are willing to spend at least 30 minutes per week as part of the study and share some personal information

Unfortunately, we cannot include individuals who do not reside in New Brunswick or who do not have access to the Internet or who are in a crisis. If you are feeling suicidal or in a crisis, or if you need immediate help, please contact **your family doctor by using the CHIMO crisis line (1-800-667-5005) or call 9-1-1**. You can also visit your nearest emergency room, or you can follow the emergency instructions provided by your doctor, mental health professional or care team.

We also cannot accept applications from anyone who is currently receiving therapy or who have started medication for anxiety or depression or if there has been a change in dosage in the past month.

Who is conducting the study?

Alex-Anne Lamoureux, a graduate student at the School of psychology from the Université de Moncton (research coordinator; 506-858-4000, ext. 4406; email info@etherapies.ca), under the supervision of the professor and psychologist France Talbot (phone : 506-858- 4000, ext. 4200; email : france.talbot@umoncton.ca).

If you wish to participate and would like more information, please consult the following website: www.etherapies.ca. Click on “Apply now” under “Study to manage fear of public speaking”. You may also communicate with us at all times.

The application for participation involves:

1. Click on the tab “**Sign up**”. This will take you to the form to open a secure account for the study on the etherapies platform. An email address is required at this step as well as your first and last name (or initial of your name).
2. For "Study Name", click on the small arrows and click on "Application Form – Meet Your Public".
3. Read the consent form
4. Click on "I accept to participate" and then on "Create my new account"
5. Complete a few online questionnaires, before starting the program, which takes about 5 minutes. These questionnaires include general questions (e.g., age, province of residence), questions about treatment for mental health problems, your mood, and fear of public speaking. These questionnaires will help us determine if the program offered is appropriate for you.
6. We will contact you via email to let you know if the program is likely to be helpful and if so, when you can start the program.

Formulaire de consentement

Titre de l'étude : Impact du programme par Internet *À la rencontre de son public* pour la gestion de la peur de parler en public à l'aide de l'écriture

Vous êtes invité à participer à une étude qui vise à évaluer l'impact du programme par Internet *À la rencontre de son public* développé pour aider les gens à mieux gérer leur peur de parler en public. Le programme est offert gratuitement et sans rendez-vous à une clinique. D'une durée de six semaines, il inclut un module de psychoéducation sur la peur de parler en public et 5 séances hebdomadaires d'écriture de 20 à 30 minutes. Un suivi de 3 mois sera de plus réalisé.

Cette étude est menée dans le cadre d'une thèse de doctorat réalisée par Alex-Anne Lamoureux, de l'École de psychologie de l'Université de Moncton (coordonnatrice du projet; 506-858-4000, poste 4406 et info@etherapies.ca) sous la supervision de la Dre France Talbot, professeure et psychologue (tel. 506-858-4000, poste 4200; courriel france.talbot@umoncton.ca).

Pour quelles raisons menons-nous cette étude?

La recherche démontre qu'une forme de thérapie appelée thérapie d'exposition permet de gérer les peurs et l'anxiété des gens. Plus récemment, une thérapie d'exposition brève par l'écriture a été développée et son efficacité démontrée pour gérer l'anxiété à la suite d'un événement traumatique. Des résultats encourageants suggèrent que cette thérapie pourrait être aidante pour d'autres problèmes d'anxiété et ce, lorsqu'offerte par Internet. L'internet peut faciliter l'accès à une aide psychologique. La recherche suggère aussi que la compassion envers soi-même ou l'autocompassion peut aider à réduire la peur de parler en public. Des éléments d'autocompassion ont été intégrés aux séances d'écriture. Nous espérons que le programme de gestion augmentera également la compassion des gens envers eux-mêmes.

Qui peut participer?

Cette étude s'adresse :

- Aux adultes de 18 ans et plus
- Qui résident au Nouveau-Brunswick
- Qui ont une peur de parler en public
- Qui sont intéressés à apprendre de nouvelles habiletés de gestion de cette peur
- Qui sont prêts à consacrer un minimum de 30 minutes par semaine à l'étude

Malheureusement, nous ne pouvons pas inclure dans cette étude des gens qui ne résident pas au Nouveau-Brunswick, qui n'ont pas accès à Internet ou qui ont des pensées suicidaires importantes ou encore un plan ou une intention de mettre fin à leur jour. De plus, nous ne pouvons pas accepter de demandes de gens qui suivent déjà une thérapie ou qui ont commencé à prendre un médicament pour l'anxiété ou la dépression au cours du dernier mois ou si la dose de ce médicament a changé au cours du dernier mois.

Qu'implique la participation à l'étude?

- Remplir une demande de participation
- Si le programme est approprié pour vos besoins, il s'agit de vous connecter à votre compte etherapies et de remplir quelques questionnaires (15-20 minutes) qui incluent des questions

générales (ex., statut civil, niveau d'éducation), des questions sur les traitements suivis pour des problèmes de santé mentale, votre humeur, la peur de parler en public, la compassion envers soi-même lors de difficultés et une fiche de renseignements personnels qui ne seront utilisés qu'aux fins de l'étude. Ils incluent votre nom, numéro de téléphone, et adresse électronique, mot de passe, le nom de votre médecin et son numéro de téléphone - si vous avez un médecin de famille - ou le nom et le numéro de téléphone d'une personne que nous pouvons rejoindre en cas d'urgence. Nous n'avons pas l'intention de communiquer avec cette personne ou votre médecin, sauf en cas d'urgence si nous étions préoccupés par votre sécurité.

- Vous connecter à chaque semaine à votre compte etherapies en entrant votre nom d'utilisateur et mot de passe.
- L'étude implique de remplir un questionnaire en ligne chaque semaine. Ce questionnaire porte sur les symptômes de déprime et prend environ 5 minutes à remplir. Il permettra d'évaluer vos symptômes durant l'étude.
- L'étude inclut aussi des messages automatisés hebdomadaires qui vont guider les participants durant le programme de gestion et l'étude. Des instructions, rappels et encouragements sont offerts.
- À la mi-thérapie, la coordonnatrice de l'étude vous enverra un message pour voir avec vous comment se déroule les exercices d'écriture. Deux questionnaires sur la peur de parler en public permettront d'évaluer vos progrès.
- Le programme de gestion offert est d'une durée de 6 semaines :
 - **Semaine 1.** Informations sur la peur de parler en public et sa gestion à l'aide de la technique d'exposition. Appel téléphonique de la coordonnatrice de l'étude pour vous aider à identifier une situation reliée à votre peur de parler en public sur laquelle vous travaillerez durant le programme. Les procédures pour les séances d'écriture seront aussi révisées.
 - **Semaine 2 à Semaine 6.** Séances d'écriture de 20 à 30 minutes par semaine centrées sur la situation anxiogène identifiée par les participants. Ces séances n'exigent aucune habileté particulière en écriture.
 - **Semaine 7 (fin du programme).** Il s'agit des mêmes questionnaires remplis au début du programme (15-20 minutes). Des questions porteront aussi sur votre satisfaction face au programme.
- **Suivi de 3 mois.** Les mêmes questionnaires seront remplis une dernière fois.
- Suite à la Semaine 6 et au suivi de 3 mois : Nous vous ferons parvenir par courriel un résumé de vos résultats. Toute publication sur les résultats obtenus sera placée sur le site etherapies lorsque disponible sous l'onglet « Recherche ».

Risques potentiels ou inconvénients :

Il est attendu que le programme *À la rencontre de son public* produira une diminution des symptômes d'anxiété et de la peur de parler en public. Cependant, les séances d'écriture pourraient au début susciter une augmentation temporaire de l'anxiété. Il est attendu qu'au fil des séances d'écriture, cette anxiété diminuera progressivement.

Les symptômes d'anxiété et de dépression des participants seront évalués chaque semaine pendant le programme de gestion et au suivi de 3-mois. Advenant une détérioration de vos symptômes, nous communiquerons avec vous par courriel ou téléphone selon le cas pour en discuter. Il est possible que nous mettions alors fin à votre participation et nous vous aiderons à trouver l'aide qui vous convient.

En cas d'urgence

Veillez contacter votre médecin de famille ou composer le 9-1-1. Vous pouvez également visiter l'Urgence de l'hôpital plus près de chez vous. Comme c'est le cas pour toute thérapie, nous suggérons aux participants de visiter leur médecin pour s'assurer qu'il n'y a pas de problèmes de santé physique qui pourraient causer ou contribuer à leurs symptômes d'anxiété. Aucune consultation médicale ou psychologique n'est offerte dans le cadre de cette étude.

Coûts et Compensation

Il n'y a pas de coûts pour participer, sauf que les participants doivent avoir accès à l'Internet et à un téléphone. Aucune compensation n'est offerte pour participer à l'étude. Le programme est toutefois gratuit et n'exige aucun déplacement.

Bénéfices potentiels

Le programme de gestion *A la rencontre de son public* a été développé pour réduire l'anxiété et la peur de parler en public. Cependant, nous ne pouvons pas garantir que les participants recevront des bénéfices de l'étude.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude sont confidentielles à l'exception de quelques situations où nous sommes obligés de briser la confidentialité et de communiquer avec un tiers parti (ex., un proche, les autorités). Il s'agit de situations où il y a risque immédiat de se faire du mal ou de faire du mal à une autre personne; abus ou négligence d'un enfant âgé de moins de 16 ans, ordonnance de la cour de partager le contenu d'un dossier et abus sexuel d'un professionnel de la santé.

Les informations faisant partie de la demande de participation sont recueillies à l'aide du logiciel Moodle sur un serveur de la plateforme sécurisée etherapies. Votre adresse électronique et vos initiales sont requises pour que vous puissiez ouvrir un compte sécurisé et que nous puissions vous envoyer une réponse. Nous communiquerons avec vous à l'aide d'un compte courriel encrypté, créé et géré par l'Université de Moncton aux fins de l'étude. L'accès à ce compte est limité aux principaux chercheurs de l'étude et aux administrateurs du système informatique. Veuillez noter que les communications par courriel sur Internet ne sont pas sécurisées. Bien que ce soit peu probable, il est possible que les informations incluses dans un courriel soient interceptées et lues par d'autres parties outre que la personne à qui le courriel est adressé.

Tout au long de l'étude, vous utiliserez le même nom d'utilisateur et mot de passe que vous avez utilisé pour ouvrir votre compte sécurisé etherapies. Ce compte sera utilisé pour les séances d'écriture et les questionnaires à remplir afin de protéger votre identité. Seulement les principaux chercheurs impliqués dans cette étude et les administrateurs du système informatique Markanyx Solutions Inc. sauront que vous avez participé à l'étude. Les participants recevront durant le suivi du programme des messages (courriels) hebdomadaires sécurisés offrant instructions, rappels et

encouragements. Seul votre prénom figurera dans les messages que vous recevrez. Ces messages rédigés à l'aide du logiciel Moodle seront disponibles sur la plateforme etherapies. Vous devrez vous connecter à votre compte etherapies pour y accéder afin de protéger la confidentialité des informations. Lorsqu'un message vous sera envoyé, vous recevrez un courriel mentionnant que vous avez un message. Aucune autre information ne fera partie de ces courriels pour protéger la confidentialité des informations. Vous serez informé préalablement de l'adresse électronique utilisée. Veuillez noter que les communications par courriel sur Internet ne sont pas sécurisées. Bien que ce soit peu probable, il est possible que les informations incluses dans un courriel soient interceptées et lues par d'autres parties outre que la personne à qui le courriel est adressé.

Les questionnaires de l'étude sont administrés en ligne à l'aide du logiciel Moodle connecté à un serveur de la plateforme etherapies sécurisée à l'aide du protocole de sécurité TLS (Transport Layer Security). Les séances d'écriture se feront aussi à l'aide de ce logiciel. Toute information obtenue dans cette étude sera traitée de façon strictement confidentielle. Un code sera utilisé à la place de votre nom dans les données de l'étude. Vos réponses aux questions seront entrées dans une base de données informatique. De plus, les rapports de recherche ne feront état que des résultats de groupe et non des résultats individuels. Les informations confidentielles obtenues dans le cadre de cette étude seront détruites cinq ans après sa fin. Le fichier de données anonyme sera conservé pendant sept ans à la suite de la publication des résultats de l'étude. Seuls les chercheurs de l'étude et Markanyx Solutions Inc. qui ont créé et gère la plateforme etherapies auront accès à la base de données. Une fois l'étude terminée, les données seront effacées de la plateforme. Une copie des textes des participants, textes qui seront identifiés par un code seulement, sera mise sur une clé USB qui sera gardée sous clé dans l'Unité de télépsychothérapie de l'Université de Moncton.

Participation volontaire :

Votre participation à cette étude est complètement volontaire. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question. Vous pouvez également décider de mettre fin à votre participation en tout temps, sans aucun préjudice. Si après avoir commencé l'étude vous ne désirez plus participer, vous pouvez communiquer avec nous et nous pourrons mettre fin à votre participation. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans explication ou sans nous contacter. Si vous mettiez fin à votre participation, nous vous suggérons de considérer recevoir un traitement pour vos symptômes. Votre médecin de famille devrait pouvoir vous guider à ce sujet.

Questions au sujet de l'étude :

Pour plus d'informations sur l'utilisation de la plateforme etherapies, veuillez consulter les sections du site etherapies sur la vie privée, les conditions d'utilisation et le déni de responsabilité.

Si vous avez des questions avant de signer le formulaire de consentement ou en tout temps pendant l'étude, n'hésitez pas à communiquer avec nous: Alex-Anne Lamoureux (tel. : 506-858-4000, poste 4406; courriel info@etherapies.ca), la professeure France Talbot (tel. : 506-858-4000, poste 4200; courriel france.talbot@umoncton.ca).

Si vous avez des préoccupations de nature éthique concernant ce projet ou souhaitez formuler une plainte, vous pouvez contacter la Faculté des études supérieures et de la recherche de l'Université

de Moncton (Université de Moncton, Pavillon Léopold-Taillon, Moncton, E1A 3E9; téléphone : 506-858-431; courrier électronique : fesr@umoncton.ca).

Veillez sauvegarder ou imprimer pour garder une copie de ce formulaire. Pour retourner à la page de création de votre compte, veuillez fermer cette fenêtre.

J'ai compris les informations relatives à cette étude. Je comprends que je peux poser des questions dans l'avenir et que je peux en tout temps mettre fin à ma participation sans avoir à me justifier de quelque manière que ce soit. Par la présente, je consens à participer à cette étude selon les conditions qui viennent d'être spécifiées ci-dessus. En cliquant sur « J'accepte de participer » dans la fiche de création de compte, nous considérerons que vous consentez à participer à l'étude selon les conditions décrites ci-haut.

Consent Form

Title of Study: Program *Meet Your Public*: Overcoming Fear of Public Speaking through Online Writing

You are invited to participate in a study to assess a program developed to help people to better cope with fear of public speaking called *Meet Your Public*, offered for free and *via* the Internet, with no appointment with a clinician. The study is conducted by the Clinical Psychology Lab of the Université de Moncton. The program, of a duration of 6 weeks, includes an information session and 5 writing sessions. A 3-month follow-up will also be conducted.

This study is part of a doctoral thesis conducted by Alex-Anne Lamoureux, at the School of Psychology of the Université de Moncton (research coordinator; 506-858-4000, ext. 4406; email info@etherapies.ca), under the supervision of Dr. France Talbot, professor and psychologist (506-858-4000, ext. 4200; email: france.talbot@umoncton.ca).

Why are we conducting this study?

Research shows that exposure therapy, a form of therapy, is helpful to reduce fears and anxiety. More recently, a brief written exposure therapy was developed and its effectiveness in managing anxiety following a traumatic event has been established. There are encouraging results suggesting that this therapy may be helpful for other anxiety problems when offered via the Internet. The Internet can facilitate the access to psychological help. Research also suggests that compassion towards oneself, or self-compassion, can help reduce the fear of public speaking. Components of self-compassion have been included in the writing sessions. We hope that the program will also increase people's self-compassion.

Who is the study suitable for?

- Adults aged 18 and over
- Residing in New Brunswick
- With the fear of public speaking
- Who are interested in learning new skills to manage this fear
- Who are willing to spend at least 30 minutes per week as part of the study

Unfortunately, we cannot include individuals who do not reside in New Brunswick, who do not have access to the Internet, who are in a crisis or have a plan or an intention to end their life. We also cannot accept applications from anyone who is currently receiving therapy or who have started medication for anxiety or depression or if there has been a change in dosage in the past month.

What does your participation in this study involve?

- Complete an application form
- If the program is appropriate for your needs, you may log into your etherapies account and complete a few online questionnaires (15-20 minutes) which include general questions (e.g., age, residence), questions about treatment for mental health problems, your mood, and questions about fear of public speaking and self-compassion during difficult times. We will ask you for some personal information that will only be used for the purposes of the study. It includes your name, phone number, and email address, password, your doctor's

name and phone number - if you have one - or the name and phone number of someone we can contact in case of an emergency. We do not have the intention to communicate with this person nor with your family doctor and will do so only in the case of an emergency if we were to be concerned about your safety.

- Connect to your etherapies account each week using your username and password.
- The study involves completing an online questionnaire each week. This questionnaire is about symptoms of depression and takes about 5 minutes to complete. It will assess your symptoms during the study.
- The study also includes weekly automated messages that will guide participants through the management program and the study. Instructions, reminders, and encouragement are offered.
- At mid-therapy, the study coordinator will send you a message to check in with you to see how the writing exercises are going. Two public speaking fear questionnaires will be completed to assess your progress. Upon completion, you will receive an email indicating when the program will begin.
- The program offered is 6 weeks long:
 - **Week 1.** Information on fear of public speaking and its management. Phone call from the research coordinator to help participants identify a situation related to their fear of public speaking on which they will work on during the program. The writing sessions procedures will be revised.
 - **Week 2 to Week 6.** Five weekly 20-30-minute writing sessions targeting participants' situation. These sessions require no particular writing skills.
 - **Week 7 (end of program).** These are the same questionnaires completed at the beginning of the program (5-15 minutes). Questions will also be asked about your satisfaction with the program.
 - **3-month follow-up.** The same questionnaires will be completed one last time.

Following Week 6 and at the 3-month follow-up: We will send you an email with a summary of your own results. All publications of the results will be posted on the etherapies website when available under the Research tab.

Potential risks and inconvenient:

It is expected that the program *Meet Your Public* will produce a reduction of anxiety and fear of public speaking. However, it is possible for the writing sessions to create, mostly at the beginning, a temporary increase in anxiety symptoms. It is expected that, throughout the sessions, this anxiety will progressively diminish.

During the study, participants' symptoms of depression will be evaluated on a weekly basis while in therapy and at the 3-month follow-up. If your symptoms would deteriorate, we will communicate with you by email or telephone to discuss the situation. It may then be best to discontinue your participation and we will assist you to find the help that you need.

In the event of an emergency:

Please contact your family doctor or call 9-1-1. You may also visit the Emergency of the Hospital closest to you. As it is the case for all therapies, we encourage participants to consult their family physician to ensure that they do not have a physical condition that could potentially cause

or contribute to their symptoms of anxiety. No medical or psychological consultations are offered in this study.

Cost and Compensation:

There is no cost to participate in the study, but participants are required to have access to the Internet and to a telephone. There is no compensation offered for participation. Nonetheless, the program is free of charge and requires no traveling.

Potential benefits:

The program *Meet Your Public* has been developed to reduce anxiety and fear of public speaking. However, we cannot guarantee that participants will receive benefits from this study.

Confidentiality:

All the information gathered during this study is confidential with the exception of a few situations where, when brought to our attention, we are obligated to breach confidentiality by communicating with a third party (e.g., a relative, authorities). These are situations in which there is an immediate risk of hurting oneself or hurting someone else; abuse or neglect of a child less than 16 years old; a court order to share the content of a file; and sexual abuse by a health professional.

All the information will be collected through a secured email account that is password protected and managed by the software Moodle for the purpose of this study. Your email address and your initials are required to open a secured account and for us to send you a response. We will communicate with you using an encrypted email account, created, and managed by the Université de Moncton for the purposes of the study. Access to this account is limited to the principal researchers of the study and the computer system administrators. Please note that email communication over the Internet is not secure. Although it is unlikely, it is possible that information included in an email could be intercepted and read by parties other than the person to whom the email is addressed.

Throughout the study, you will use the same username and password used to open your secured etherapies account. This account will be used for writing sessions and filling out questionnaires to protect your identity. Only the principal researchers involved in this study and the administrators of the Markanyx Solutions Inc. computer system will know that you have participated in the study. Participants will receive weekly secure messages (emails) during the follow-up of the program offering instructions, reminders, and encouragement. Only your first name will appear in the messages you receive. These messages will be written on the software Moodle and will be available on the etherapies platform. You will need to log into your etherapies account to access them to protect the confidentiality of the information. When a message is sent to you, you will receive an email notifying you that you have a message. No other information will be included in these emails to protect the confidentiality of the information. You will be informed in advance about your email address. Please note that e-mail communications via the Internet are not secure. Although it is unlikely, it is possible for information included in an e-mail to be intercepted and read by parties other than the person to whom the e-mail is addressed.

The questionnaires of the study will be administered online using Moodle software which is connected to a server on the etherapies platform secured with the TLS (Transport Layer Security) protocol. The writing sessions will also occur using this software. All information obtained in this study will be treated as strictly confidential. A code will be used instead of your name for the study data. Your responses to the questions will be entered into a computer database. In addition, the research reports will report only group results and not individual results. Confidential information obtained in this study will be destroyed five years after the study is completed. The anonymous data file will be kept for seven years following the publication of the study results. Only the study investigators and Markanyx Solutions Inc. who created and manage the etherapies platform will have access to the database. Once the study is completed, the data will be deleted from the platform. A copy of the participants' texts, which will be identified by a code only, will be put on a USB key that will be kept in a locked cabinet in the Telepsychotherapy Unit at the Université de Moncton.

Voluntary Participation:

Your participation in this study is completely voluntary. You can decline to answer any question that you do not wish to answer. Moreover, you can decide to withdraw from the study at all times, without any detriment. If, after starting the study, you no longer wish to participate, you may communicate with us and we will put an end to your participation. You may also end your participation without any explanation or without contacting us. If you were to end your participation, we suggest that you consider receiving treatment for your symptoms. Your family doctor should be able to guide you in that regard.

Questions about the study:

For more information about the etherapies platform, please see the privacy, terms of use and disclaimer sections of the etherapies website.

If you have any questions before signing the consent form or during any other time during the study, please do not hesitate to contact us: Alex-Anne Lamoureux (phone: 506-858-4000, ext. 4406; email: info@etherapies.ca), Professor France Talbot (phone: 506-858-4000, ext. 4200; email: france.talbot@umoncton.ca).

If you have any concerns about this project or if you wish to formulate a complaint, you may contact the Faculty of Graduate Studies and Research of the Université de Moncton (Université de Moncton, Pavillon Léopold-Taillon, Moncton, E1A 3E9; phone: 506- 858-4000, ext. 4310; email: fesr@umoncton.ca).

Please save or print to keep a copy of this form. To return to your account creation page, please close this window.

I understood the information relative to this study. I understand that I can ask questions in the future and that I can, at any time, put an end to my participation without any justification of any kind. I hereby consent to participate in this study in accordance with the conditions that have been specified above. By clicking "I accept to participate", we understand that you are consenting to participate in the study according to the conditions describe above.

Liste de ressources en santé mentale au Nouveau-Brunswick

Veillez vous référer, au besoin, à la liste suivante de ressources en santé mentale :

Ressources en santé mentale	Informations pour contacter
Programme d'aide aux employés et à la famille	
Ligne d'écoute (CHIMO) (accessible 24 heures par jour, 365 jours de l'année)	<ul style="list-style-type: none"> ● 1-800-667-5005
Équipe mobile d'intervention en situation de crise en santé mentale et traitements de la dépendance	<ul style="list-style-type: none"> ● Moncton : 1-866-771-7760 ● Fredericton : 506- 453-2132 ● Saint John : 1-888-811-3664 ● Woodstock : 1-888-667-0444
Site Web du Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick (si vous désirez l'aide d'un psychologue)	<ul style="list-style-type: none"> ● 506-382-1994 ● http://www.cpnb.ca/fr/psychology_finding.aspx
Association canadienne pour la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ● http://www.cmha.ca/fr/sante-mentale/votre-sante-mentale/
<p>Le Centre de santé mentale communautaire le plus près de chez vous pourra vous fournir toutes les informations nécessaires sur les ressources disponibles dans votre région. Le site Web suivant contient les coordonnées de tous les centres de santé mentale du Nouveau-Brunswick :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● http://cmhanb.ca/mental-health/community-mental-health-centre-contact-information/ 	

Sites Web :

Anxiété Canada

<https://frl.anxietycanada.com/>

Association Canadienne pour la Santé Mentale

<https://cmha.ca/fr/trouver-de-linfo/sante-mentale/>

CAMH

<https://www.camh.ca/fr/info-sante>

Gouvernement du Canada (soutien en santé mentale)

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/services-sante-mentale/sante-mentale-obtenir-zide.html>

Espace Mieux-Etre Canada

<https://www.wellnesstogether.ca/fr-CA/about>

*** Note : Nous ne sommes pas responsables de l'exactitude, de la fiabilité ou de l'actualité des informations fournies dans les liens. Les utilisateurs qui souhaitent se fier à ces informations doivent consulter directement la source de l'information.**

En cas d'urgence : Veuillez contacter votre médecin de famille ou composer le 9-1-1.
Vous pouvez également visiter l'Urgence de l'Hôpital le plus près de chez vous.

List of mental health resources in New Brunswick

Please refer in needed at the following list of mental health resources:

Mental health resources	Contact information
Employee and Family Assistance Programs	
The Helpline CHIMO (available 24 hours a day, 365 days a year)	<ul style="list-style-type: none"> ● 1-800-667-5005
The Addiction and Mental Health Mobile Crisis Team	<ul style="list-style-type: none"> ● Moncton: 1-866-771-7760 ● Fredericton: 506- 453-2132 ● Saint John: 1-888-811-3664 ● Woodstock: 1-888-667-0444
The College of psychologists of New-Brunswick website (If you desired help from a psychologist)	<ul style="list-style-type: none"> ● 506-382-1994 ● http://www.cpnb.ca/fr/psychology_finding.aspx
Canadian mental health association	<ul style="list-style-type: none"> ● http://www.cmha.ca/mental-health/
<p>The Community mental health centre nearest to you will be able to give you more information on all the available resources. The following website contains details of all the New Brunswick mental health centres.</p> <p>http://cmhanb.ca/mental-health/community-mental-health-centre-contact-information/</p>	

Websites:

Anxiety Canada

<https://www.anxietycanada.com/>

Canadian Mental Health Association

<http://www.cmha.ca/mental-health/>

Centre for Addiction and Mental Health

<https://www.camh.ca/en/health-info>

Government of Canada (crisis help links)

https://www.canada.ca/en/public-health/services/mental-health-services/mental-health-get-help.html#Crisis_help_links

Wellness Together Canada

<https://www.wellnesstogether.ca/>

***Disclaimer: We are not responsible for the accuracy, reliability or currency of the information provided in the links. Users wishing to rely on this information should consult directly with the source of the information.**

In case of an emergency: Please contact your family doctor or the 9-1-1. You can also visit the nearest hospital emergency.

ANNEXE B
INSTRUMENTS DE MESURES

Formulaire de participation

1. Êtes-vous âgé(e) de 18 ans ou plus?
 - a. Oui
 - b. Non
2. Vivez-vous au Nouveau-Brunswick?
 - a. Oui
 - b. Non
3. Avez-vous un accès fiable à l'Internet?
 - a. Oui
 - b. Non
4. Prenez-vous présentement des médicaments pour l'anxiété ou la dépression?
 - a. Oui
 - b. Non
5. Est-ce que la dose de vos médicaments pour l'anxiété ou la dépression a changé au cours du dernier mois ou va changer dans les prochaines semaines?
 - a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne prends pas de médicaments
6. Suivez-vous, à l'heure actuelle, une thérapie?
 - a. Oui
 - b. Non
7. Avez-vous peur de parler en public?
 - a. Oui
 - b. Non
8. Avez-vous des difficultés liées au bégaiement (p.ex., répétition, blocage, interruption, élongation durant vos élocutions)?
 - a. Oui
 - b. Non
9. À quelle adresse électronique pouvons-nous vous joindre pour vous informer des résultats de votre application? :

Application Form

1. Are you 18 years old or older?
 - a. Yes
 - b. No
2. Do you live in New Brunswick?
 - a. Yes
 - b. No
3. Do you have reliable Internet access?
 - a. Yes
 - b. No
4. Are you presently taking medications for anxiety or depression?
 - a. Yes
 - b. No
5. Has the dose of your medication for anxiety or depression changed within the past month or will change in the following weeks?
 - a. Yes
 - b. No
 - c. I do not take medication
6. Are you currently following a cognitive/behavioural therapy for problems with anxiety or depression?
 - a. Yes
 - b. No
7. Do you fear public speaking?
 - a. Yes
 - b. No
8. Are you experiencing difficulties with stuttering (e.g., repetition, blocking, interruptions, elongation) when speaking?
 - a. Yes
 - b. No
9. At which e-mail address can we reach you to inform you of the results of your application?

E-mail address:

Questionnaire sociodémographique

1. Quel âge avez-vous?
2. Comment avez-vous entendu parler de cette étude?
 - a. Annonces
 - b. Kijiji
 - c. Facebook
 - d. Instagram
 - e. Courriel
 - f. Bouche à oreille
 - g. Recherche sur Internet
 - h. Autre :
3. Dans quelle ville résidez-vous?
4. Comment décririez-vous votre sexe?
 - a. Homme (y compris les hommes transsexuels)
 - b. Femme (y compris les femmes transsexuelles)
 - c. Intersexe
 - d. Préfère ne pas le dire
5. Comment décririez-vous votre genre?
 - a. Homme (y compris les hommes transsexuels)
 - b. Femme (y compris les femmes transsexuelles)
 - c. Préfère se décrire comme (non-binaire, genre-fluide, agendre, veuillez préciser)
 - d. Préfère ne pas le dire
6. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez atteint?
 - a. Primaire
 - b. Secondaire
 - c. École de métiers
 - d. Collège
 - e. Université (B.A. ou B.S.)
 - f. Université (maîtrise ou doctorat)
7. Quelle est votre principale occupation?
 - a. Travail à temps plein (35 heures et plus)
 - b. Travail à temps partiel (34 heures et moins)
 - c. Étudiant(e) à temps plein
 - d. Étudiant(e) à temps partiel
 - e. Congé de maternité
 - f. Congé de maladie
 - g. À la maison
 - h. Retraite(e)
 - i. Sans emploi
8. Dans laquelle des catégories suivantes se situe le revenu annuel total de votre foyer avant impôt?
 - a. Moins de 25 000 \$
 - b. 25 000 \$ à 49 999 \$

- c. 50 000 \$ à 74 999 \$
- d. 75 000 \$ à 99 999 \$
- e. 100 000 \$ à 124 999 \$
- f. 120 000 \$ à 149 999 \$
- g. 150 000 \$ ou plus

9. Quel est votre statut civil?

- a. Marié(e)
- b. Union civile
- c. Célibataire
- d. Séparé(e)
- e. Divorcé(e)
- f. Veuf(ve)

10. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison?

- a. Français
- b. Anglais
- c. Autre :

11. Quelle est votre langue maternelle?

- a. Français
- b. Anglais
- c. Autre :

12. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble de santé mentale, soit par un médecin ou un professionnel de la santé mentale?

- a. Oui
- b. Non

Si oui, quel(s) diagnostic(s) avez-vous reçu? :

13. Avez-vous actuellement un/des trouble/s de santé mentale diagnostiqué/s?

- a. Oui
- b. Non

Si oui, veuillez préciser le/lesquel/ :

14. Avez-vous déjà reçu des services de santé mentale?

- a. Oui
- b. Non

Si oui, quel(s) service(s) avez-vous reçu? (Choisir toutes les réponses qui s'appliquent)

- a. Thérapie individuelle
- b. Thérapie de groupe
- c. Thérapie de couple
- d. Thérapie familiale
- e. Médicament sur ordonnance de mon médecin de famille
- f. Médicament sur ordonnance par un psychiatre
- g. Hospitalisation dans une unité psychiatrique
- h. Thérapie d'autogestion (self-help) ou de croissance personnelle
- i. Autre :

15. Nom :

16. Numéro de téléphone :

17. Adresse électronique :
18. Médecin de famille :
19. Numéro de téléphone de votre médecin de famille :
20. Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :
21. Numéro de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :

Satisfaction face au traitement

1. Quel est votre niveau de satisfaction avec le programme *À la rencontre de son public*?
 - a. Satisfait
 - b. Plutôt satisfait
 - c. Relativement satisfait
 - d. Insatisfait
2. Comment évalueriez-vous la qualité du matériel du programme?
 - a. Excellente
 - b. Bonne
 - c. Ni bonne ni mauvaise
 - d. Insatisfaisante
3. Jusqu'à quel point la tâche d'écriture était bouleversante (0 = pas du tout, 10 = extrêmement)? Veuillez cocher.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
4. Est-ce que le programme *À la rencontre de son public* a valu la peine d'être suivie?
 - a. Oui
 - b. Non
5. Recommanderiez-vous le programme *À la rencontre de son public* à un ou un(e) ami(e) atteint(e) d'anxiété?
 - a. Oui
 - b. Non
6. Comment avez-vous trouvé le programme *À la rencontre de son public*?
7. Qu'est-ce qui vous a aidé le plus?
8. Qu'est-ce qui vous a aidé le moins?
9. Si le programme était offert de nouveau, auriez-vous des suggestions à nous offrir?

Traitements

1. Depuis la fin du programme *À la rencontre de son public*, avez-vous reçu des services de santé mentale?

- a. Oui
- b. Non

Si oui, quel(s) service(s) avez-vous reçu? (Choisir toutes les réponses qui s'appliquent)

- a. Thérapie individuelle
- b. Thérapie de groupe
- c. Thérapie de couple
- d. Thérapie familiale
- e. Médicament sur ordonnance de mon médecin de famille
- f. Médicament sur ordonnance par un psychiatre
- g. Hospitalisation dans une unité psychiatrique
- h. Thérapie d'autogestion (self-help) ou de croissance personnelle
- i. Autre :

2. Avez-vous commencé à prendre des médicaments pour l'anxiété ou la dépression depuis la fin du programme *À la rencontre de son public*?

- a. Oui
- b. Non

3. Est-ce que la dose de vos médicaments pour l'anxiété ou la dépression a changé depuis la fin du programme *À la rencontre de son public*?

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne prends pas de médicaments

Si oui, de quelle manière a-t-elle changé?

- a. Elle a augmenté
- b. Elle a diminué
- c. Je ne sais pas

Sociodemographic Questionnaire

1. How old are you?:
2. How did you hear about this study?
 - a. Kijiji Ads
 - b. Facebook
 - c. Instagram
 - d. Email
 - e. Word of mouth
 - f. Online research
 - g. Other:
3. In which city do you live?
4. How would you describe your sex?
 - a. Male (including transgender men)
 - b. Female (including transsexual women)
 - c. Intersex
 - d. Prefers not to say
5. How would you describe your gender?
 - a. Male (including transgender men)
 - b. Female (including transsexual women)
- c. Prefers to describe itself as _____ (non-binary, gender-fluidic, agender, please specify)
- d. Prefers not to say
6. What is the highest education level that you have achieved?
 - a. Elementary
 - b. High school
 - c. Trade school
 - d. College
 - e. University (B.A. or B.S)
 - f. University (masters or doctorate)
7. What is your principal occupation?
 - a. Full time work (35 hours and more)
 - b. Part time work (34 hours or less)
 - c. Full time student
 - d. Part time student
 - e. Maternity leave
 - f. Sick leave
 - g. At home
 - h. Retired
 - I. Unemployed
8. In which of the following categories your total home income before tax fits?
 - a. Less than \$25 000
 - b. \$25 000 to \$49 999
 - c. \$50 000 to \$74 999
 - d. \$75 000 to \$99 999

- e. \$100 000 to \$124 999
- f. \$125 000 to \$149 999
- g. \$150 000 or more

9. What is your marital status?

- a. Married
- b. Civil union
- c. Single
- d. Separated
- e. Divorced
- f. Widow(er)

10. Which language do you most often speak at home?

- a. French
- b. English
- c. Other:

11. What is your first language?

- a. French
- b. English
- c. Other:

12. Have you ever received a diagnosis of a mental health disorder either by a physician or mental health professional?

- a. Yes
- b. No

If yes, which diagnosis(es) have you received?:

13. Do you currently have a/some diagnosed mental health disorder(s)?

- a. If yes, please specify which one/s:
- b. No

14. Have you ever received mental health services?

- a. Yes
- b. No

If yes, which service(s) have you received? (Please select all answers that apply)

- a. Individual therapy
- b. Group therapy
- c. Couple therapy
- d. Family therapy
- e. Prescribed medication by my family doctor
- f. Prescribed medication by a psychiatrist
- g. Hospitalisation in a psychiatric unit
- h. Self-administered therapy or self-help therapy
- 1. Other:

15. Name:

16. Phone number:

17. Email address:

18. Name of your family doctor:

19. Phone number of your family doctor:

20. Name of your emergency contact:

21. Phone number of your emergency contact:

Treatment satisfaction

1. How satisfied are you with the program *Meet Your Public*?
 - a. Satisfied
 - b. Mostly satisfied
 - c. Somewhat satisfied
 - d. Unsatisfied
2. How would you rate the quality of the program material?
 - a. Excellent
 - b. Good
 - c. Nor good or bad
 - d. Unsatisfactory
3. How overwhelming was the writing task (0 = not at all, 10 = extremely)? Please circle.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Was the program *Meet Your Public* worth your time?
 - a. Yes
 - b. No
5. Would you recommend the program *Meet Your Public* to a friend with anxiety?
 - a. Yes
 - b. No
6. How did you find the program *Meet Your Public*?
7. What has helped you the most?
8. What has helped you the least?
9. If the program were offered again, would you have suggestions to give us?

Treatment

1. Since the end of the program *Meet Your Public*, have you received mental health services?
 - a. Yes
 - b. No

If yes, which service(s) have you received? (Please select all the answers that apply)

 - a. Individual therapy
 - b. Group therapy
 - c. Couple therapy
 - d. Family therapy
 - e. Prescribed medication by my family doctor
 - f. Prescribed medication by a psychiatrist
 - g. Hospitalisation in a psychiatric unit
 - h. Self-administered therapy or self-help therapy
 - i. Other:
2. Have you started taking medications for anxiety or depression after the end of the program *Meet Your Public*?
 - a. Yes
 - b. No

3. Has the dose of your medication for anxiety or depression changed since the end of the program *Meet Your Public*?

- a. Yes
- b. No
- c. I do not take medication

If yes, how has the dose of your medication changed?

- a. The dose increased
- b. The dose decreased
- c. I don't know

Échelle d'autocompassion (SCS-SF)

FAÇON DONT JE ME COMPORTE TYPIQUEMENT ENVERS MOI-MÊME DANS LES MOMENTS DIFFICILES

Veillez lire attentivement chacune des affirmations avant de répondre. Cliquez à droite de chaque énoncé, la fréquence avec laquelle vous faites les comportements décrits ci-dessous.

Presque jamais

Presque toujours

1 2 3 4 5

1. Lorsque j'échoue à quelque chose d'important à mes yeux, je suis envahi(e) par un sentiment d'incompétence.
2. J'essaie d'être compréhensif(ve) et patient(e) par rapport aux aspects de ma personnalité que je n'aime pas.
3. Lorsque quelque chose de douloureux arrive, j'essaie de voir tous les côtés de la situation.
4. Lorsque je me sens déprimé(e), j'ai tendance à penser que la plupart des gens sont probablement plus heureux que moi.
5. J'essaye de voir mes défauts comme faisant partie de la condition humaine.
6. Lorsque je passe à travers une période très difficile, je prends soin de moi et m'accorde et la tendresse dont j'ai besoin.
7. Lorsque quelque chose me contrarie, j'essaie de garder mon équilibre émotionnel.
8. Lorsque j'échoue à quelque chose d'important à mes yeux, j'ai tendance à me sentir seul(e) face à mon échec.
9. Lorsque je me sens déprimé(e), j'ai tendance à fixer mon attention sur tout ce qui ne va pas et à en être obsédé(e).
10. Lorsque je ne me sens pas à la hauteur dans une situation, j'essaie de me rappeler que le sentiment d'être inadéquat(e) est vécu par la plupart des gens.

11. Je désapprouve et critique mes propres défauts et imperfections.

12. Je suis intolérant(e) et impatient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.

Échelle d'anxiété pour parler en public (PSAS)

Veillez lire attentivement chaque énoncé avant de répondre. Puis, indiquer à droite à quel niveau l'énoncé est vrai pour vous, en utilisant l'échelle de 1 à 5.

1 = pas du tout, 2 = légèrement, 3 = modérément, 4 = beaucoup 5 = extrêmement.

1. Parler en public est terrifiant
2. J'ai peur d'avoir à chercher mes mots en parlant
3. Je crains de me mettre dans l'embarras devant le public
4. Si je fais une erreur en parlant en public, je suis incapable de me reconcentrer
5. J'ai peur que l'auditoire pense que je ne suis pas capable de m'exprimer en public
6. Je suis concentré(e) sur ce que je dis au public
7. Je suis confiant(e) lorsque je parle en public
8. Je me sens satisfait(e) après avoir parlé en public
9. Mes mains tremblent lorsque je fais parle en public
10. Je me sens mal avant de parler devant un groupe
11. Je me sens tendu(e) avant de parler en public
12. J'ai la bougeotte avant de parler
13. Mon cœur bat trop vite lorsque je parle en public
14. Je transpire pendant que je parle en public
15. Ma voix tremble lorsque je parle en public
16. Je me sens détendu(e) lorsque je parle en public
17. Je n'ai pas de problèmes pour regarder mon public dans les yeux

Échelle d'auto-déclarations durant la prise de parole en public (SSPS)

Imaginez-vous ce que vous avez ressenti et pensé lors d'une prise de parole en public. En imaginant ces situations, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés ci-dessous? Veuillez évaluer à quel degré vous êtes d'accord en utilisant l'échelle de 0 à 5.

Pas du tout d'accord

Extrêmement d'accord

0 1 2 3 4 5

1. Qu'est-ce que j'ai à perdre, ça vaut la peine d'essayer
2. Je suis un perdant
3. C'est une situation inconfortable, mais je peux y faire face
4. Un échec dans cette situation serait une autre preuve de mon incapacité à parler en public
5. Même si les choses ne se passent pas bien, ce n'est pas un drame
6. Je peux tout gérer
7. Ce que je dis va probablement sonner stupide
8. Je vais probablement me « planter » de toute façon
9. Au lieu de m'inquiéter, je pourrais me concentrer sur ce que je veux dire
10. Je me sens maladroit et nul; ils vont s'en apercevoir

Questionnaire sur la santé tu patient (QSP-9)

Veillez répondre à chacune des questions en encerclant l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation.

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants?

Jamais = 0, Plusieurs jours= 1, Plus de la moitié du temps= 2, Presque tous les jours= 3

1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses
2. Vous sentir triste, déprimé ou désespéré
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir
4. Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie
5. Peu d'appétit ou trop d'appétit
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille
7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision
8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre.

Appel téléphonique

Veillez inscrire dans l'espace ci-dessous au moins trois temps (date et heure) cette semaine qui vous convient pour que la coordinatrice de recherche, Alex-Anne Lamoureux, vous contacte par téléphone. Cet appel, d'une durée d'environ 15 minutes, permettra :

- 1) d'identifier une situation liée à votre peur de parler en public sur laquelle vous travaillerez pendant le programme;
- 2) de réviser les procédures de l'étude;
- 3) de répondre à toutes vos questions.

Nous confirmerons avec vous dans un futur message un temps pour cet appel.

Degré de motivation

Veillez indiquer à quel degré vous vous sentez motivé/e à entreprendre le programme *À la rencontre de son public* (0 = aucune motivation, 10 = très motivé/e).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF)

HOW I TYPICALLY ACT TOWARDS MYSELF IN DIFFICULT TIMES

Please read each statement carefully before answering. Indicate how often you behave in the stated manner, using the following scale:

Almost never

Almost always

1 2 3 4 5

1. When I fail at something important to me I become consumed by feelings of inadequacy.
2. I try to be understanding and patient towards those aspects of my personality I don't like.
3. When something painful happens I try to take a balanced view of the situation.
4. When I'm feeling down, I tend to feel like most other people are probably happier than I am.
5. I try to see my failings as part of the human condition.
6. When I'm going through a very hard time, I give myself the caring and tenderness I need.
7. When something upsets me I try to keep my emotions in balance.
8. When I fail at something that's important to me, I tend to feel alone in my failure
9. When I'm feeling down I tend to obsess and fixate on everything that's wrong.
10. When I feel inadequate in some way, I try to remind myself that feelings of inadequacy are shared by most people.
11. I'm disapproving and judgmental about my own flaws and inadequacies.
12. I'm intolerant and impatient towards those aspects of my personality I don't like.

Public Speaking Anxiety Scale (PSAS)

Please read each item carefully before answering. Indicate to which degree each statement is true for you using the scale of 1 to 5.

1 = not at all, 2 = slightly, 3 = moderately, 4 = very much 5 = extremely

1. Giving a speech is terrifying
2. I am afraid that I will be at a loss for words while speaking
3. I am nervous that I will embarrass myself in front of the audience
4. If I make a mistake in my speech, I am unable to re-focus
5. I am worried that my audience will think I am a bad speaker
6. I am focused on what I am saying during my speech
7. I am confident when I give a speech
8. I feel satisfied after giving a speech
9. My hands shake when I give a speech
10. I feel sick before speaking in front of a group
11. I feel tense before giving a speech
12. I fidget before speaking
13. My heart pounds when I give a speech
14. I sweat during my speech
15. My voice trembles when I give a speech
16. I feel relaxed while giving a speech
17. I do not have problems making eye contact with my audience

Self-Statements During Public Speaking Scale (SSPS)

Please imagine what you have typically felt and thought to yourself during any kind of public speaking situation. Imagining these situations, how much do you agree with the statements given below? Please rate the degree of your agreement on a scale between 0 to 5.

Do not agree at all

Agree extremely

0 1 2 3 4 5

1. What do I have to lose, it's worth a try
2. I'm a loser
3. This is an awkward situation but I can handle it
4. A failure in this situation would be more proof of my incapacity
5. Even if things don't go well, it's no catastrophe
6. I can handle everything
7. What I say will probably sound stupid
8. I'll probably "bomb out" anyway
9. Instead of worrying I could concentrate on what I want to say
10. I feel awkward and dumb; they're bound to notice

Social Phobia Inventory (SPIN)

Please read each statement and click in the column that indicates how much the statement applied to you over the past week.

Not at all= 0, a little bit=1, somewhat=2, very much=3, extremely=4

1. I am afraid of people in authority
2. I am bothered by blushing in front of people
3. Parties and social events scare me
4. I avoid talking to people I don't know
5. Being criticized scares me a lot
6. I avoid doing things or speaking to people for fear of embarrassment
7. Sweating in front of people causes me distress
8. I avoid going to parties
9. I avoid activities in which I am the centre of attention
10. Talking to strangers scares me
11. I avoid having to give speeches
12. I would do anything to avoid being criticized
13. Heart palpitations bother me when I am around people
14. I am afraid of doing things when people might be watching
15. Being embarrassed or looking stupid are among my worst fears
16. I avoid speaking to anyone in authority
17. Trembling or shaking in front of others is distressing to me

Patient health questionnaires-9 (PHQ-9)

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?
Indicate your answer using the scale from 0 to 3.

Not at all=0, several days=1, more than half the days=3, nearly every day=3

1. Little interest or pleasure in doing things
2. Feeling down, depressed, or hopeless
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much
4. Feeling tired or having little energy
5. Poor appetite or overeating
6. Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way

Degree of motivation

Please indicate how motivated you feel to begin the Meet Your Public program? (0 = no motivation, 10 = very motivated).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Telephone call

Please enter in the space below at least three times (date and time) this week that would be convenient for you for the research coordinator, Alex-Anne Lamoureux, to contact you by phone. The call should last approximately 15 minutes and will serve to:

- 1) identify a situation related to your fear of public speaking on which you will work on during the program;
- 2) review the study procedures;
- 3) answer any questions you may have.

We will confirm with you in a future message a time for this call.