

ÉCHELLE DE SEVRAGE DES BENZODIAZÉPINES (CIWA-B Français)

Pour chacune des questions suivantes, veuillez cocher la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez aujourd'hui.

| | | | | | |
|---|-----------------------------|---|---|---|---|
| 1. Observez votre corps : êtes-vous agité(e), impatient(e) ? | 0 Aucun | 1 | 2 | 3 | 4 Je suis incapable de rester en place, je fais les 100 pas |
| 2. Etendez vos bras avec vos doigts écartés, tremblez-vous ? | 0 Je ne tremble pas | 1 | 2 | 3 | 4 Cela est sévère, même avec les bras non tendus |
| 3. Avez-vous des signes de transpiration, de mains moites ? | 0 Aucun signe | 1 | 2 | 3 | 4 J'ai des sueurs abondantes |
| 4. Vous sentez-vous irritable ? | 0 Pas du tout | 1 | 2 | 3 | 4 Tout à fait |
| 5. Vous sentez-vous fatigué(e) ? | 0 Pas du tout | 1 | 2 | 3 | 4 Incapable de fonctionner à cause de la fatigue |
| 6. Vous sentez-vous tendu(e) ? | 0 Pas du tout | 1 | 2 | 3 | 4 Absolument |
| 7. Avez-vous des difficultés de concentration ? | 0 Aucune difficulté | 1 | 2 | 3 | 4 Incapable de me concentrer |
| 8. Avez-vous perdu l'appétit ? | 0 Aucune perte d'appétit | 1 | 2 | 3 | 4 Pas d'appétit, incapable de manger |
| 9. Avez-vous des engourdissements ou des brûlures au niveau du visage, des mains ou des pieds ? | 0 Aucun engourdissement | 1 | 2 | 3 | 4 Brûlures ou engourdissements intenses |
| 10. Avez-vous des palpitations ou des battements du cœur rapides ? | 0 Aucune perturbation | 1 | 2 | 3 | 4 Palpitations constantes |
| 11. Avez-vous des maux de tête ou la tête lourde ? | 0 Pas du tout | 1 | 2 | 3 | 4 Maux de tête sévères |
| 12. Ressentez-vous des douleurs ou des raideurs musculaires ? | 0 Pas du tout | 1 | 2 | 3 | 4 Raideurs ou douleurs sévères |
| 13. Vous sentez-vous anxieux/se, nerveux/se ou agité(e) ? | 0 Pas du tout | 1 | 2 | 3 | 4 Tout à fait |
| 14. Vous sentez-vous contrarié(e) ? | 0 Pas du tout | 1 | 2 | 3 | 4 Tout à fait |
| 15. Votre dernière nuit a-t-elle été réparatrice ? | 0 Très réparatrice | 1 | 2 | 3 | 4 Pas du tout |
| 16. Vous sentez-vous faible ? | 0 Pas du tout | 1 | 2 | 3 | 4 Tout à fait |
| 17. Pensez-vous avoir assez dormi la nuit dernière ? | 0 Oui, tout à fait | 1 | 2 | 3 | 4 Pas du tout |
| 18. Avez-vous des troubles visuels ? (sensibilité à la lumière, vision trouble) | 0 Pas du tout | 1 | 2 | 3 | 4 Très sensible à la lumière, vision trouble |
| 19. Avez-vous des peurs, des craintes ? | 0 Pas du tout | 1 | 2 | 3 | 4 Absolument |
| 20. Avez-vous été inquieté(e) par des contrariétés ces derniers temps ? | 0 Pas du tout | 1 | 2 | 3 | 4 Tout à fait |

Cotation : Le score total des échelles est la somme des items 1 à 20. Le sous-score d'anxiété/irritabilité est la somme des items 1, 4, 6, 8, 13, 14, 19, 20. Le sous-score de symptômes physiologiques est la somme des items 2, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 16, 18. Le sous-score sommeil perturbé est la somme des items 15, 17.

Gustin, M.-P., Hoti, A., Chapoutot, M., Havy, M., Bastuji, H., Leslie, W., Anders, R., Sellers, E. M., Khazaal, Y., & Putois, B. (2026). Assessment of benzodiazepine withdrawal syndrome: French psychometric validation of the Clinical Institute Withdrawal Assessment Benzodiazepines Scale. Medical Research Archives, 14(2).