

L'index de Newcastle pour le diagnostic de dépression endogène

Comparaison avec les Critères de Diagnostic pour la Recherche de dépression majeure

M. ANSSEAU (1), J.-L. CERFONTAINE (1), R. von FRENCKELL (1), G. CHARLES (2), P. PAPART (1), G. FRANCK (1)

Résumé. L'index de Newcastle se compose de 10 items (possédant une note positive ou négative) dont la somme permet de distinguer déprimés endogènes et névrotiques. Nous avons appliqué cet index à un groupe de 41 déprimés hospitalisés qui remplissaient les Critères de Diagnostic pour la Recherche de dépression majeure. Selon l'index de Newcastle, 20 patients étaient considérés comme endogènes et 21 étaient considérés comme névrotiques. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la répartition des sexes et l'âge moyen. La distribution des notes suggérait une tendance à la bimodalité. Les déprimés endogènes présentaient un niveau de gravité supérieur aux déprimés névrotiques, mis en évidence par la note totale à l'échelle de dépression de Hamilton ainsi qu'aux notes à de nombreux items relatifs à l'humeur déprimée, la culpabilité, la diminution des activités, les troubles psychomoteurs, les symptômes génitaux, l'impuissance, la perte d'espoir et la dévalorisation. Ce niveau de gravité plus marqué se retrouvait dans la fréquence plus élevée de deux critères symptomatiques de dépression majeure chez les déprimés endogènes comparés aux déprimés névrotiques : troubles psychomoteurs et de la concentration. De plus, les déprimés endogènes selon l'index de Newcastle étaient plus fréquemment de types primaire, endogène, agité et simple selon les Critères de Diagnostic pour la Recherche, alors que les déprimés névrotiques étaient plus fréquemment de types secondaire et situationnel.

Les résultats de cette étude préliminaire suggèrent donc que l'index de Newcastle peut permettre de définir deux sous-types de déprimés caractérisés par des niveaux de gravité symptomatique différents.

The Newcastle index for endogenous depression. Comparison with the Research Diagnostic Criteria for major depression

Summary. The Newcastle index comprises 10 items (with a positive or negative score) the sum of which enables us to separate endogenous and neurotic depressive patients. We applied this index to a sample of 41 depressive inpatients who met Research Diagnostic Criteria (RDC) for major

depression. According to Newcastle index, 20 patients were considered to be endogenous and 21 to be neurotic. There was no significant difference between the two groups with regard to sex distribution and mean age. The distribution of scores suggested a trend toward bimodality. Endogenous depressives exhibited higher severity level than neurotic depressives, as shown by the total score on the Hamilton depression scale as well as the scores on various items related to depressive mood, guilt, decreased activity, psychomotor disturbances, genital symptoms, helplessness, hopelessness, and worthlessness. This higher severity level was confirmed by the higher frequency of two symptomatic criteria of major depression among endogenous depressives as compared to neurotic depressives: psychomotor and memory disturbances. Moreover, endogenous depressives defined by Newcastle index were more frequently of primary, endogenous, agitated and simple RDC subtypes whereas neurotic depressives were more frequently of secondary and situational RDC subtypes. Therefore, the results of this preliminary study suggest that the Newcastle index may enable us to define two subtypes of depressive patients characterized by different symptomatic severity levels.

Key-words : Endogenous depression ; Major depression ; Neurotic depression ; Newcastle index ; Newcastle scale.

La nosographie des états dépressifs constitue un sujet de débats passionnés. Quatre grandes classifications dichotomiques possèdent partisans et adversaires : endogène-névrotique, unipolaire-bipolaire, primaire-secondaire et psychotique-névrotique. La distinction entre dépression endogène et névrotique, pourtant l'une des plus anciennes dans le diagnostic psychiatrique, reste probablement la plus controversée. Depuis les années 1960, deux écoles anglaises s'affrontent à ce sujet. D'après Roth et l'école de Newcastle, déprimés endogènes et déprimés névrotiques constituent des sous-types qualitativement différents de trouble dépressif présentant une symptoma-

(1) Unité de Psychiatrie Biologique et de Psychopharmacologie, Centre Hospitalier Universitaire (B 33), B-4000 Liège Sart Tilman (Belgique).

(2) Centre Hospitalier Vincent Van Gogh, B-6030 Marchienne-au-Pont (Belgique).

Travail reçu le 12 mai 1986 et accepté le 29 juillet 1986.

Tirés à part : M. Ansseau (à l'adresse ci-dessus).

tologie spécifique (8). En revanche, selon Kendell et l'école londonienne, la dépression constitue un continuum et déprimés endogènes et névrotiques ne se distinguent que par l'intensité différente de la symptomatologie (23, 24).

La conception de deux entités cliniques séparées parmi les états dépressifs a été étayée par la publication en 1965 de la distribution bimodale des notes à un index clinique dans un groupe de déprimés hospitalisés (8). Historiquement, Carney *et al.* (8) avaient analysé les dossiers de 101 patients déprimés hospitalisés à Newcastle durant les années 1956 à 1958 afin de définir les caractéristiques principales permettant de différencier déprimés endogènes et névrotiques. Un total de 45 items furent sélectionnés et 35 items furent finalement conservés après suppression des items ayant la fréquence la plus basse ou le pouvoir discriminant le plus faible et par combinaison des paires d'items corrélés.

La présence de ces 35 caractéristiques cliniques a été alors évaluée dans une étude prospective chez 129 déprimés hospitalisés des deux sexes (8). Parallèlement, les patients étaient classés au cours des jours suivant leur admission en trois catégories distinctes en fonction de leur anamnèse et de l'observation clinique : déprimés endogènes, déprimés névrotiques et cas douteux, cette dernière catégorie étant très réduite. Grâce à une analyse discriminante, les auteurs ont déterminé les 10 items permettant la meilleure prédiction diagnostique ainsi que leur facteur de pondération. En multipliant ces facteurs de pondération par 10 et en les arrondissant à l'unité, ils ont obtenu un index diagnostique dont l'adaptation française est présentée à l'Annexe I. Celui-ci comporte 8 items présentant un poids positif (allant dans le sens du diagnostic de dépression endogène) et 2 items présentant un poids négatif (allant dans le sens du diagnostic de dépression névrotique). Les items sont cotés en « non » (= 0) ou « oui » (accordant la note attribuée à l'item). Une note totale de 6 ou plus indique une dépression endogène et une note de 5 ou moins une dépression névrotique. Seule la définition de la « qualité distincte de l'humeur déprimée » a été précisée dans une publication ultérieure (9).

La seconde partie de cette étude visait à définir lesquels des 35 items étaient associés à une réponse favorable au traitement par électrochocs. Les 10 items obtenus par la même méthodologie sont présentés à l'Annexe II. Une note totale égale ou supérieure à 1 indique un bon pronostic de la réponse à l'électrochoc tandis qu'une note de 0 ou moins indique une mauvaise réactivité. Deux items sont communs entre l'index à visée diagnostique et celui à visée pronostique : la perte de poids (prédictive de la dépression endogène et d'une bonne réponse à l'électrochoc) et l'anxiété (prédictive de la dépression névrotique et d'une mauvaise réponse à l'électrochoc).

La distribution des notes individuelles à l'index diagnostique de Newcastle présentait une distribution typiquement bimodale, plaidant en faveur de l'existence de deux populations qualitativement différentes (fig. 1). Cependant, Kendell (23, 24), Post (34), Rao et

ANNEXE I. — Index de Newcastle. Diagnostic des syndromes dépressifs (endogènes vs névrotiques).

1. <i>Personnalité adaptée.</i> Absence d'antécédents de décompensation névrotique, de troubles névrotiques invalidants ou de perturbation importante de l'adaptation sociale	+ 1
2. <i>Absence de psychogenèse suffisante.</i> Absence de stress psychique ou de difficultés d'existence persistant après le début des symptômes susceptibles d'expliquer la perpétuation des troubles	+ 2
3. <i>Qualité différente de l'humeur dépressive.</i> Description d'une humeur dépressive présentant une qualité différente de l'humeur dépressive avec laquelle le patient réagit habituellement à l'adversité ; le patient peut même dénier avoir une humeur dépressive, malgré ample évidence du contraire, et parler à la place d'une humeur « indescriptible »	+ 1
4. <i>Perte de poids supérieure à 3 kg</i>	+ 2
5. <i>Épisodes dépressifs antérieurs</i>	+ 1
6. <i>Activité psychomotrice de type dépressif.</i> Toute mise en évidence d'un ralentissement psychomoteur, de stupeur ou d'agitation	+ 2
7. <i>Anxiété</i>	- 1
8. <i>Idées délirantes de négation.</i> Idées délirantes de condamnation, de destruction imminente, de dissolution corporelle ou de ruine du patient et/ou de sa famille	+ 2
9. <i>Tendance à reprocher sa maladie à autrui</i>	- 1
10. <i>Sentiment (ou idées délirantes) de culpabilité</i>	+ 1
Total : ≥ 6 = endogène ; ≤ 5 = névrotique	

ANNEXE II. — Index de Newcastle. Pronostic de la réponse à l'électrochoc.

1. <i>Perte de poids supérieure à 3 kg</i>	+ 3
2. <i>Physique pycnique.</i> Impression clinique de somatotype selon les critères définis par Kretschmer (1926)	+ 3
3. <i>Réveil précoce</i>	+ 2
4. <i>Anxiété</i>	- 2
5. <i>Idées délirantes somatiques.</i> Idées délirantes de modification corporelle ou de maladie, généralement bizarres	+ 2
6. <i>Idées délirantes paranoïdes ou de référence</i>	+ 1
7. <i>Aggravation vespérale</i>	- 3
8. <i>Apitoiement sur soi-même</i>	- 1
9. <i>Hypocondrie.</i> Préoccupation excessive ou morbide au sujet de sensations physiques sans base organique suffisante	- 3
10. <i>Traits de caractère ou attitude hystériques</i>	- 3
Total : ≥ 1 = réponse positive ; ≤ 0 = réponse négative	

Coppen (36) et Bech *et al.* (6) ont obtenu une distribution unimodale des notes à l'index de Newcastle dans d'autres populations de patients déprimés, plaidant en faveur d'une simple différence d'intensité dans les états dépressifs (fig. 1).

Dans ce contexte, il nous a paru intéressant d'étudier la distribution des notes à l'index de Newcastle des patients déprimés majeurs hospitalisés dans notre unité afin tout d'abord de vérifier si la distribution était

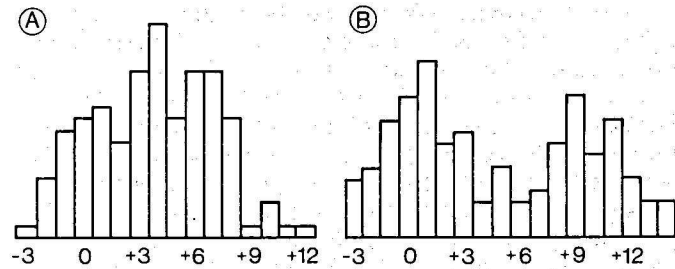


FIG. 1. — Distribution unimodale des notes à l'échelle de Newcastle dans une étude rapportée : A) par Kendell (1969, 130 cas) contrastant avec B) la distribution bimodale rapportée dans l'étude originale de Carney et al. (1965, 129 cas).

de types unimodal ou bimodal. Ensuite, nous voulions comparer les caractéristiques cliniques des déprimés définis comme endogènes ou névrotiques selon l'index de Newcastle.

MÉTHODES

Sujets

Un total de 41 patients hospitalisés à l'Hôpital Universitaire de Liège pour dépression majeure ont été inclus dans l'étude. L'échantillon comprenait 20 hommes et 21 femmes d'un âge situé entre 19 et 73 ans avec une moyenne de 44,7 ans (écart type = 5,0 ans). Les patients remplissaient les critères de trouble dépressif majeur des *Critères de Diagnostic pour la Recherche (Research Diagnostic Criteria ou RDC)* (37, 38). Tous les patients étaient sans aucun traitement médicamenteux depuis au moins une semaine au moment de l'évaluation psychométrique.

Evaluation

L'évaluation psychométrique individuelle comprenait :
 a) l'index de Newcastle (8) ;
 b) les *RDC* de trouble dépressif majeur ainsi que les sous-types de trouble dépressif majeur et l'humeur prédominante au cours de l'épisode actuel (37, 38) ;
 c) l'échelle de dépression de Hamilton en 24 items (18).

Analyse des données

L'âge et les notes des déprimés endogènes et névrotiques à l'échelle de dépression de Hamilton ont été comparés au moyen du test de Student alors que la fréquence des critères de diagnostic de dépression majeure et des différents sous-types était comparée par la méthode du χ^2 . Enfin, la relation entre les index de Newcastle et les notes à l'échelle de Hamilton a été évaluée par le coefficient de corrélation de Pearson.

RÉSULTATS

La distribution des notes individuelles à l'échelle de Newcastle est représentée à la *figure 2*. Vingt patients (49 %) avaient une note égale ou supérieure à 6 et étaient donc considérés comme déprimés endogènes,

tandis que 21 patients (51 %) avaient une note inférieure à 6 et étaient donc classés comme déprimés névrotiques. La répartition des sexes et l'âge moyen n'étaient pas statistiquement différents dans ces deux groupes : 9 hommes et 11 femmes d'un âge moyen de $48,5 \pm 15,8$ ans chez les déprimés endogènes et 11 hommes et 10 femmes d'un âge moyen de $41,2 \pm 13,3$ ans pour les déprimés névrotiques.

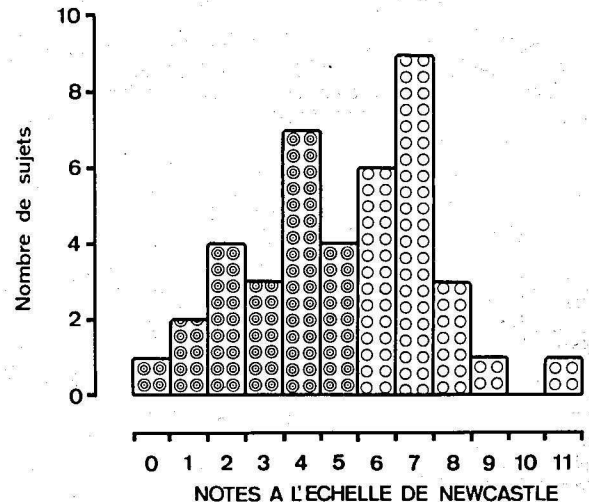


FIG. 2. — Distribution des notes à l'échelle de Newcastle chez 41 déprimés majeurs.

La distribution des notes suggérait une tendance à la bimodalité (*fig. 2*). Cependant, le nombre trop limité de patients empêche toute conclusion définitive.

La fréquence des 8 critères symptomatiques de dépression majeure des *RDC* des déprimés endogènes et névrotiques est comparée dans le *tableau I*.

TABLEAU I. — Comparaison de la fréquence (%) des critères de diagnostic pour la recherche de dépression majeure entre les déprimés endogènes et névrotiques définis par l'index de Newcastle.

	Déprimés		χ^2	p
	Endogènes (n = 20)	Névrotiques (n = 21)		
1. Troubles de l'appétit	70	76	0,2	NS
2. Troubles du sommeil	95	95	-	NS*
3. Perte d'énergie	100	95	-	NS*
4. Troubles psychomoteurs	85	38	9,5	< .01
5. Perte d'intérêt	100	95	-	NS*
6. Culpabilité	50	24	3,0	= .08
7. Difficultés de concentration	85	52	5,0	< .05
8. Idées suicidaires	60	67	0,2	NS

* Test exact de Fisher.

Les déprimés endogènes présentaient une fréquence plus importante de troubles psychomoteurs ($p < 0,01$), de troubles de la concentration ($p < 0,05$) et une tendance à une fréquence plus grande de la culpabilité ($p = 0,08$). La fréquence des sous-types de dépression

majeure des *RDC* des déprimés endogènes et névrotiques est comparée dans le *tableau II*. Les déprimés endogènes selon l'index de Newcastle étaient significativement plus fréquemment de type primaire ($p < 0,01$), endogène ($p < 0,0001$), agité ($p < 0,01$) et simple ($p < 0,05$) avec une tendance pour le sous-type « ralenti » ($p = 0,08$). En revanche, les déprimés névrotiques étaient plus fréquemment de type secondaire ($p < 0,01$) et situationnel ($p < 0,05$).

TABLEAU II. — Comparaison de la fréquence (%) des sous-types de dépression majeure des critères de diagnostic pour la recherche entre les déprimés endogènes et névrotiques définis par l'index de Newcastle.

	Déprimés		χ^2	p
	Endogènes (n = 20)	Névrotiques (n = 21)		
- Primaire	80	33	9,1	< .01
- Secondaire	25	66	7,2	< .01
- Psychotique	15	0	-	NS*
- Invalidant	95	76	-	NS*
- Endogène	75	5	21,2	< .0001
- Agité	30	0	-	< .01*
- Ralenti	65	38	3,0	= .08
- Situationnel	15	48	5,0	< .05
- Simple	70	33	5,5	< .05
- Humeur prédominante :				
. dépression	25	29		
. anxiété	25	10	-	NS*
. dépression + anxiété	50	61		

* Test exact de Fisher.

TABLEAU III. — Comparaison des notes à l'échelle de Hamilton des déprimés endogènes et névrotiques définis par l'index de Newcastle.

	Déprimés		F	p
	Endogènes (n = 20)	Névrotiques (n = 21)		
1. Humeur déprimée	3,2 (0,8)	2,3 (0,6)	18,7	< .0001
2. Culpabilité	1,4 (0,9)	0,7 (0,7)	6,9	< .05
3. Suicide	1,8 (1,3)	2,6 (1,3)	3,7	= .06
4. Insomnie initiale	1,9 (0,3)	1,9 (0,3)	0,0	NS
5. Insomnie du milieu	1,3 (0,8)	1,4 (0,8)	0,2	NS
6. Insomnie matinale	1,5 (0,8)	1,2 (0,8)	1,2	NS
7. Activités	3,2 (0,7)	2,6 (1,0)	4,6	< .05
8. Ralentissement	1,4 (0,9)	0,7 (0,7)	6,5	< .05
9. Agitation	1,7 (1,2)	0,7 (0,7)	9,3	< .01
10. Anxiété psychique	2,8 (1,0)	2,2 (1,0)	3,9	= .05
11. Anxiété somatique	2,1 (0,9)	1,9 (0,9)	0,3	NS
12. S. gastro-intestinaux	1,1 (0,8)	0,9 (0,8)	0,4	NS
13. S. somatiques	1,7 (0,7)	1,4 (0,8)	1,4	NS
14. S. génitaux	1,7 (0,7)	0,9 (0,6)	14,6	< .001
15. Hypochondrie	1,3 (1,1)	1,3 (1,1)	0,0	NS
16. Perte de poids	1,0 (0,9)	0,9 (1,0)	0,0	NS
17. Conscience	0,1 (0,2)	0,1 (0,3)	0,4	NS
18. Variation	0,5 (0,8)	0,4 (0,6)	0,4	NS
19. Dépersonnalisation	0,2 (0,4)	0,1 (0,2)	1,0	NS
20. S. persécutifs	0,3 (0,6)	0,1 (0,3)	1,0	NS
21. S. obsessionnels	0,3 (0,6)	0,2 (0,4)	0,8	NS
22. Impuissance	2,4 (0,7)	1,5 (0,5)	11,5	< .05
23. Perte d'espoir	2,1 (1,0)	1,5 (0,5)	6,3	< .05
24. Dévalorisation	2,3 (0,9)	1,3 (0,7)	16,2	< .001
Total	36,9 (7,0)	28,6 (7,0)	13,5	< .001

La note totale à l'échelle de Hamilton ainsi que les notes aux différents items des déprimés endogènes et névrotiques selon l'index de Newcastle sont comparées dans le *tableau III*. Les déprimés endogènes présentaient une note totale très significativement supérieure à celle des déprimés névrotiques ($p < 0,0001$). Au niveau des 24 items, ils se caractérisaient par une humeur significativement plus déprimée ($p < 0,0001$), plus de culpabilité ($p < 0,05$), une plus grande perturbation des activités ($p < 0,05$), plus de ralentissement ($p < 0,05$) et d'agitation ($p < 0,01$), plus de symptômes génitaux ($p < 0,001$), des sentiments plus marqués d'impuissance ($p < 0,05$), de perte d'espoir ($p < 0,05$) et de dévalorisation ($p < 0,001$) ainsi que par une tendance à un niveau plus marqué d'anxiété psychique ($p = 0,05$) tandis que les déprimés névrotiques présentaient une tendance à des idées suicidaires plus marquées ($p = 0,06$).

Enfin, il existait une relation significative entre les index de Newcastle et les notes à l'échelle de Hamilton chez les déprimés ($r = 0,45$, $df = 37$, $p < 0,01$).

DISCUSSION

Les résultats de cette étude préliminaire suggèrent une distribution bimodale des notes à l'échelle de Newcastle chez un groupe de déprimés majeurs hospitalisés. Cependant, le faible nombre de patients étudiés empêche toute conclusion définitive. Cette distribution bimodale, originellement décrite par Carney *et al.* (8) et confirmée par Carney et Sheffield (9) plaide en faveur de deux types qualitativement différents d'états dépressifs. Elle n'a cependant pas pu être reproduite dans plusieurs études ultérieures (6, 23, 34, 36). Kendell (24) explique les divergences avec l'étude originale de Newcastle par un effet de « halo », c'est-à-dire que la cotation des différents items dépendrait pour une bonne part des conceptions diagnostiques préalables du cotateur, certains items étant relativement flous dans leur définition, comme par exemple « personnalité adaptée » ou « absence de psychogénèse suffisante ».

L'hypothèse de deux sous-types qualitativement différents d'états dépressifs définis par l'index de Newcastle a été étayée récemment par des arguments biologiques.

Tout d'abord, malgré trois résultats négatifs (4, 7, 26), la majorité des études ont relevé une proportion significativement plus élevée d'absence de freinage de la sécrétion de cortisol après dexaméthasone chez les déprimés endogènes définis par l'index de Newcastle comparés aux déprimés névrotiques (12, 14, 17, 19, 21, 29, 41). En outre, les déprimés endogènes et névrotiques diffèrent aussi dans leur concentration de cortisol libre urinaire (30), leur réponse en corticostéroïdes à la métamphétamine (10), leur activité monoamine oxydase (MAO) plaquettaire (16), leur conductance cutanée (31, 33) et leur concentration de sodium érythrocytaire (32). Il faut signaler que plusieurs études ont comparé la relation entre des variables biologiques et les divers systèmes de classification diagnostique

et trouvé de meilleures corrélations avec la dépression endogène définie par l'index de Newcastle que par les *RDC* (14, 40), le DSM-III (17) et les critères de Feinberg et Carroll (40).

Ensuite, la validité de la dichotomie définie par l'index de Newcastle est étayée par des études cliniques, démographiques, familiales et psychosociales qui montrent que les déprimés endogènes présentent une proportion plus faible de troubles de la personnalité, de divorces et de séparations, d'alcoolisme familial, de « life-events » et de tentatives de suicide sans gravité (41). De plus, l'échelle de Newcastle se révèle la plus sensible pour mettre en évidence la transmission familiale de la dépression unipolaire récidivante (5).

Enfin, l'index de Newcastle permet de prédire la réponse au traitement par antidépresseur (1, 9, 36, 39). En outre, Bech *et al.* (6) ont décrit une relation significative entre les taux plasmatiques d'imipramine et de clomipramine et la réponse au traitement chez les déprimés endogènes qui était absente chez les déprimés névrotiques. Cependant, les études de l'intérêt de l'index de Newcastle dans la prédiction de la réponse à l'électrochoc sont divergentes. Alors que 4 études ne montrent aucune association entre les sous-types définis par l'index de Newcastle et l'évolution thérapeutique (3, 11, 22, 28), deux études mettent en évidence une meilleure réponse chez les déprimés endogènes (8, 39).

Notre étude ne met pas en évidence de différence significative dans l'âge des déprimés endogènes et névrotiques définis par l'index de Newcastle, en accord avec une étude récente de Davidson *et al.* (17). Cependant, quatre études antérieures avaient trouvé que les déprimés endogènes étaient significativement plus âgés que les déprimés névrotiques (2, 9, 13, 25).

Dans notre étude, seulement la moitié des patients définis comme déprimés majeurs par les *RDC* sont considérés comme déprimés endogènes selon l'index de Newcastle. Ces résultats confirment le côté plus restrictif de l'index de Newcastle comparé aux *RDC* de dépression majeure ou de dépression endogène (5, 7, 14, 17, 20, 40).

Les résultats de notre étude mettent en évidence une gravité générale de la symptomatologie plus marquée chez les déprimés endogènes que chez les déprimés névrotiques définis par l'index de Newcastle. Ces différences portent essentiellement sur les troubles de l'humeur, la diminution des activités et les troubles psychomoteurs (le ralentissement aussi bien que l'agitation). Cette différence de gravité de la symptomatologie avait déjà été mise en évidence par l'échelle de Hamilton dans 3 études (26, 39, 41). En revanche, d'autres travaux n'ont pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les notes à l'échelle de Hamilton des déprimés endogènes et névrotiques (6, 9, 17, 30, 31). D'autre part, dans notre étude, les déprimés endogènes sont plus fréquemment de type primaire selon les *RDC* (c'est-à-dire qu'ils n'ont pas d'autre pathologie psychiatrique autre que manie et dépression préalable à l'apparition

de l'épisode dépressif actuel), tandis que les déprimés névrotiques sont plus fréquemment de type secondaire (c'est-à-dire avec pathologie psychiatrique préexistante). Enfin, l'existence d'un événement déclenchant notable (tel qu'il est défini dans le sous-type « situationnel » des *RDC*) est significativement plus fréquente chez les déprimés névrotiques.

Sur le plan symptomatique, il est cependant étonnant que les déprimés névrotiques définis par l'index de Newcastle présentent des tendances suicidaires plus marquées. En fait, ces résultats peuvent être rapprochés de l'étude de Zimmerman *et al.* (41) qui ont trouvé une fréquence plus élevée des tentatives de suicide peu sérieuses chez les déprimés névrotiques.

CONCLUSION

En conclusion, les résultats de cette étude préliminaire suggèrent que l'index de Newcastle peut permettre de définir deux sous-types de déprimés caractérisés par des niveaux de gravité symptomatique différents. Ils demandent cependant à être vérifiés sur un plus large échantillon.

REMERCIEMENTS. Nous remercions le Dr W. P. Carney, le Pr Sir Martin Roth et le Dr Roger Garside, auteurs de la publication originale sur l'index de Newcastle, qui ont donné leur accord pour la publication de cette adaptation française.

Références

1. ABOU-SALEH MT, COPPEN A. Classification of depression and response to antidepressive therapies. *Br J Psychiatry* 1983 ; 143 : 601-3.
2. ABOU-SALEH MT, COPPEN A. Classification of depressive illnesses : Clinical-psychological correlates. *J Affect Dis* 1984 ; 6 : 53-66.
3. ABRAMS R, FINK M, FELDSTEIN S. Prediction of clinical response to ECT. *Br J Psychiatry* 1973 ; 122 : 457-60.
4. AMES D, BURROWS G, DAVIES B *et al.* A study of the dexamethasone suppression test in hospitalized depressed patients. *Br J Psychiatry* 1984 ; 144 : 311-3.
5. ANDREASEN NC, SCHEFTNER W, REICH T *et al.* The validation of the concept of endogenous depression. *Arch Gen Psychiatry* 1986 ; 43 : 246-51.
6. BECH P, GRAM LF, REISBY N *et al.* The WHO depression scale. Relationship to the Newcastle scales. *Acta Psychiatr Scand* 1980 ; 62 : 140-53.
7. BERGER M, DOERR P, LUND R *et al.* Neuroendocrinological and neurophysiological studies in major depressive disorders : Are there biological markers for the endogenous subtype ? *Biol Psychiatry* 1982 ; 17 : 1217-42.
8. CARNEY MWP, ROTH M, GARSIDE RF. The diagnosis of depressive syndromes and the prediction of ECT response. *Br J Psychiatry* 1965 ; 111 : 659-74.
9. CARNEY MWP, SHEFFIELD BF. Depression and the Newcastle scales. Their relationship to Hamilton's scale. *Br J Psychiatry* 1972 ; 121 : 35-40.
10. CHECKLEY SA. Corticosteroid and growth hormone responses to methylamphetamine in depressive illness. *Psychol Med* 1979 ; 9 : 107-15.
11. CLINICAL RESEARCH CENTER. The Northwick Park ECT trial : Predictors of response to real and simulated ECT. *Br J Psychiatry* 1984 ; 144 : 227-37.
12. COPPEN A, ABOU-SALEH M, MILLN P *et al.* Dexamethasone suppression test in depression and other psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1983 ; 142 : 498-504.

13. CRONIN D, BODLEY P, POLTS L *et al.* Unilateral and bilateral ECT: A study of memory disturbances and relief from depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1970 ; 33 : 705-13.
14. DAM H, MELLERUP ET, RAFAELSEN OJ. The dexamethasone suppression test in depression. *J Affect-Dis* 1985 ; 8 : 95-103.
15. DAVIDSON J, LIPPER S, ZUNG WWK *et al.* Validation of four definitions of melancholia by the dexamethasone suppression test. *Am J Psychiatry* 1984 ; 141 : 1220-3.
16. DAVIDSON JRT, McLEOD MN, TURNBULL CD *et al.* Platelet monoamine oxidase activity and the classification of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1980 ; 37 : 771-3.
17. DAVIDSON J, TURNBULL C, STRICKLAND R *et al.* Comparative diagnostic criteria for melancholia and endogenous depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984 ; 41 : 506-11.
18. HAMILTON M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960 ; 23 : 56-62.
19. HOLDEN NL. Depression and the Newcastle scale. Their relationship to the dexamethasone suppression test. *Br J Psychiatry* 1983 ; 142 : 505-7.
20. HOLSBOER F, BENDER W, BENKERT O *et al.* Diagnostic value of dexamethasone suppression test in depression. *Lancet* 1980 ; II : 706.
21. KASPER S, BECKMANN H. Dexamethasone suppression test in a pluridiagnostic approach: its relationship to psychopathological and clinical variables. *Acta Psychiatr Scand* 1983 ; 68 : 31-7.
22. KATONA CLE, ALDRIDGE CR. Prediction of ECT response. *Neuropharmacology* 1984 ; 23 : 281-3.
23. KENDELL RE. The classification of depressive illness. Maudsley Monograph No. 18. London: Oxford University Press, 1968.
24. KENDELL RE. The continuum model of depressive illness. *Proc R Soc Med* 1969 ; 62 : 335-9.
25. KILOH LG, GARSIDE RF. The independence of neurotic depression and endogenous depression. *Br J Psychiatry* 1963 ; 109 : 451-63.
26. KLEIN HE, BENDER W, MAYR H *et al.* The DST and its relationship to psychiatric diagnosis, symptoms and treatment outcome. *Br J Psychiatry* 1984 ; 145 : 591-9.
27. KLEIN HE, SEIBOLD B, BENDER W *et al.* Postdexamethasone prolactin and cortisol: A biological state variable in depression. *Acta Psychiatr Scand* 1984 ; 70 : 239-47.
28. LAMBOURN J, GILL D. A controlled comparison of simulated and real ECT. *Br J Psychiatry* 1978 ; 133 : 514-9.
29. McKEITH IG. Clinical use of the DST in a psychogeriatric population. *Br J Psychiatry* 1984 ; 145 : 389-93.
30. MILLN P, BISHOP M, COPPEN A. Urinary free cortisol and clinical classification of depressive illness. *Psychol Med* 1981 ; 11 : 643-5.
31. MIRKIN AM, COPPEN A. Electrodermal activity in depression: Clinical and biochemical correlates. *Br J Psychiatry* 1980 ; 137 : 93-7.
32. NAYLOR GJ, McNAMEE HB, MOODY JP *et al.* Changes in erythrocyte sodium and potassium on recovery from a depressive illness. *Br J Psychiatry* 1971 ; 118 : 219-23.
33. NOBLE P, LADER M. A physiological comparison of « endogenous » and « reactive » depression. *Br J Psychiatry* 1972 ; 120 : 541-2.
34. POST F. The management and nature of depressive illnesses in late life: A follow-through study. *Br J Psychiatry* 1972 ; 121 : 393-404.
35. PULL CB, PULL MC, PICHOT P. Les listes intégrées de critères d'évaluation taxinomiques: Licet-S et Licet-D. *Acta Psychiatr Belg* 1984 ; 84 : 297-309.
36. RAO VAR, COPPEN A. Classification of depression and response to amitriptyline therapy. *Psychol Med* 1979 ; 9 : 321-5.
37. SPITZER RL, ENDICOTT J, ROBINS E. Research Diagnostic Criteria. Rationale and Reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978 ; 35 : 773-82.
38. SPITZER RL, ENDICOTT J, ROBINS E. Critères de diagnostic pour la recherche en psychiatrie (RDC). Traduction et adaptation française par M. Ansseau. *Acta Psychiatr Belg* 1985 ; 85 : 253-324.
39. VLISSIDES DN, JENNER FA. The response of endogenously and reactivity depressed patients to electroconvulsive therapy. *Br J Psychiatry* 1982 ; 141 : 239-42.
40. ZIMMERMAN M, CORYELL W, PFOHL B *et al.* Four definitions of endogenous depression and the dexamethasone suppression test. *J Affect Dis* 1985 ; 8 : 37-45.
41. ZIMMERMAN M, CORYELL W, PFOHL B *et al.* The validity of four definitions of endogenous depression. II. Clinical, demographic, familial, and psychosocial correlates. *Arch Gen Psychiatry* 1986 ; 43 : 234-44.