

APOTEMNOPHOBIE Peur du désir d'être soi-même amputé

*Phobie non officielle, non reconnue, non spécifique,
non classifiée en tant que trouble anxieux défini dans le DSM-5 et la CIM-11
DSM-5 Phobie spécifique de type maladie/blessure ou trouble anxieux
CIM-11 6B03 — Phobie spécifique, ou 6B23 — Anxiété liée à la santé*

L'**acrotomophilie** désigne une attirance sexuelle ou romantique envers les personnes amputées ou présentant une absence de membre. Elle appartient à la famille des **paraphilies** — c'est-à-dire des formes d'excitation ou d'attraction orientées vers des caractéristiques inhabituelles — sans que cela implique automatiquement un trouble ou une pathologie.

Elle est à distinguer de l'**apotemnophilie**, qui est le désir *d'être soi-même* amputé (ce qu'on appelle aujourd'hui plutôt le trouble de l'identité corporelle, ou BIID).

L'**apotemnophilie** (du grec *apo* — éloigner, *temno* — couper, *philia* — attirance) est un phénomène psychologique rare dans lequel une personne éprouve un désir intense, parfois obsessionnel, d'amputer un ou plusieurs membres sains de son propre corps.

Nomenclature

Le terme a évolué dans la littérature clinique :

- **Apotemnophilia** — terme originel proposé par John Money (1977), qui soulignait une composante érotique.
- **Body Integrity Identity Disorder (BIID)** — dénomination plus récente et plus neutre, qui insiste sur la dimension identitaire plutôt que sexuelle.
- **Body Integrity Dysphoria (BID)** — terminologie adoptée dans certaines classifications actuelles, par analogie avec la dysphorie de genre.

Phénoménologie clinique

La personne concernée vit le membre incriminé comme **étranger à son schéma corporel** — non comme une partie d'elle-même. Elle peut :

- Désigner avec précision le point exact souhaité d'amputation ;
- Simuler l'absence du membre (en le bandant, en utilisant des béquilles) pour se sentir « complète » ;
- Éprouver un soulagement psychologique intense à cette simulation ;
- Ressentir une détresse profonde face à l'intégrité de son corps.

Cette dysphorie n'est pas délirante : la personne sait que le membre est physiologiquement sain.

Hypothèses explicatives

Plusieurs modèles coexistent, sans consensus définitif :

Neurologique Des études d'imagerie cérébrale (notamment Ramachandran et McGeoch, 2007) suggèrent une anomalie dans la **cartographie corticale du corps** (cortex pariétal supérieur), où la représentation du membre concerné serait absente ou atypique — similaire à l'expérience inverse du membre fantôme chez les amputés.

Identitaire Le BIID serait une forme de **discordance entre le corps vécu et le corps perçu**, proche structurellement de la dysphorie de genre : le moi psychologique ne reconnaît pas le corps anatomique comme le sien.

Psychodynamique Certains auteurs évoquent des traumatismes précoces, une fixation développementale, ou une identification à une figure amputée dans l'enfance.

Paraphilique Money et ses successeurs ont documenté une dimension érotique (fantasmes liés à l'amputation) chez une partie des sujets — mais elle n'est pas universelle et ne définit plus le trouble.

Statut nosologique

Le BIID/BID **n'est pas encore officiellement classifié** dans le DSM-5 ni dans la CIM-11 en tant qu'entité diagnostique autonome, ce qui complique la prise en charge. Il est parfois rattaché aux troubles de l'image du corps ou aux troubles obsessionnels.

Enjeux éthiques et thérapeutiques

La question centrale est douloureuse : **faut-il opérer** une personne dont la souffrance est réelle mais dont le membre est sain ?

- La psychiatrie traditionnelle privilégie les approches psychothérapeutiques (TCC, psychanalyse), avec des résultats limités.
- Quelques chirurgiens ont pratiqué des amputations à la demande — les patients rapportent généralement une amélioration spectaculaire du bien-être.
- Ce débat rappelle celui autour de la chirurgie de réassignation de genre : la question du **consentement éclairé** et du **bénéfice thérapeutique** y est centrale.