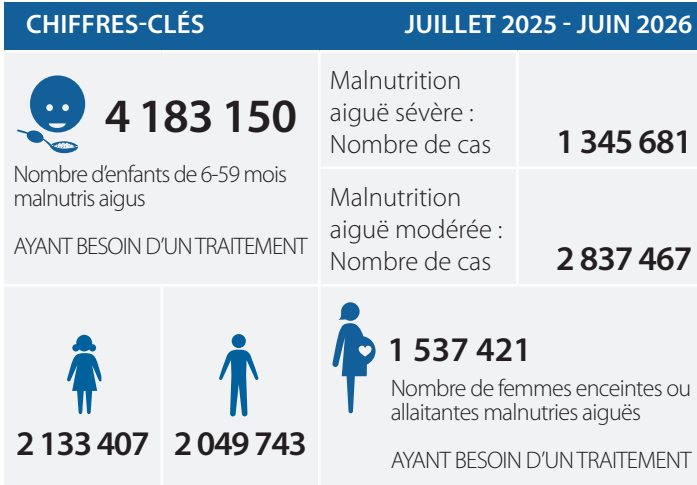


REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO (RDC)

ANALYSE IPC DE LA MALNUTRITION AIGUË

JUILLET 2025 – JUIN 2026
Publié le 15 décembre 2025

SITUATION NUTRITIONNELLE ALARMANTE DANS 21 PROVINCES DE LA RDC



VUE D'ENSEMBLE

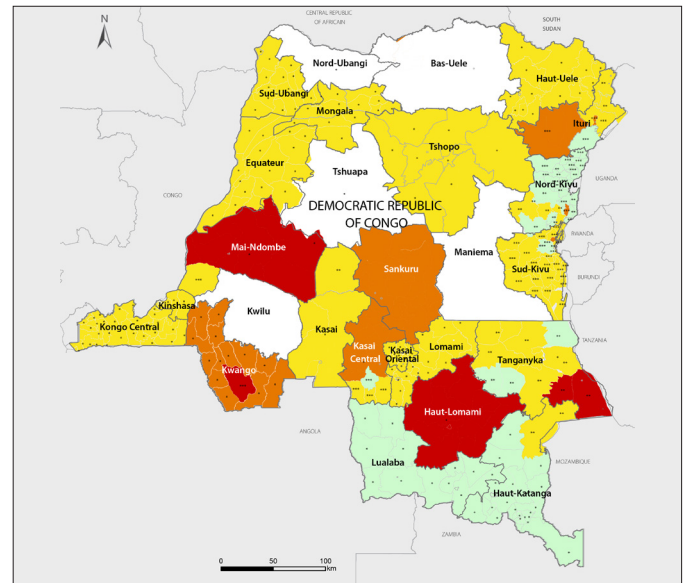
L'analyse IPC de la malnutrition aiguë (IPC MNA), conduite en octobre 2025, a couvert 327 unités d'analyse — 311 zones de santé, 11 territoires et 5 provinces. Sur cette base, au cours de la période couverte par l'analyse (juillet 2025–juin 2026), on estime qu'environ 4 180 000 enfants de moins de cinq ans (dont 2 133 000 filles et 2 049 000 garçons) ainsi que plus de 1 537 000 femmes enceintes ou allaitantes seront concernés par la malnutrition aiguë. Parmi ces enfants, plus de 1 345 000 présenteraient une forme sévère de la malnutrition aiguë nécessitant une prise en charge rapide au sein des structures de santé. Étant donné le périmètre partiel de l'exercice, ces résultats ne sont pas strictement comparables aux analyses antérieures conduites en juin-juillet 2024 sur une couverture nationale complète. Toutefois, la situation nutritionnelle semble dégradée par rapport à la dernière analyse.

De juillet à décembre 2025, correspondant à la période de diminution saisonnière de la malnutrition aiguë, cinq (5) unités d'analyse, représentant au total 32 zones de santé sont classées en situation Critique (Phase 4 de l'IPC MNA), tandis que 18 unités couvrant 16 zones de santé, un territoire et deux provinces sont classées en situation Sérieuse (Phase 3 de l'IPC MNA). Pour la période projetée allant de janvier à juin 2026, correspondant à la période de pic saisonnier de la malnutrition aiguë, une détérioration significative de la situation nutritionnelle serait à anticiper. Une unité d'analyse, actuellement en Phase 3 de l'IPC MNA, basculerait en Phase 4 de l'IPC MNA tandis que deux autres unités d'analyse demeureraient en Phase 4 de l'IPC MNA, portant ainsi à 37 le nombre total de zones de santé en Phase 4 de l'IPC MNA. Parallèlement, 97 zones d'analyse actuellement en situation d'Alerte nutritionnelle (Phase 2 de l'IPC MNA) passeraient en Phase 3 de l'IPC MNA, et 18 unités d'analyse y resteraient, soit un total de 106 unités en Phase 3 de l'IPC MNA sur la période projetée en l'absence de mesures d'atténuation suffisantes.

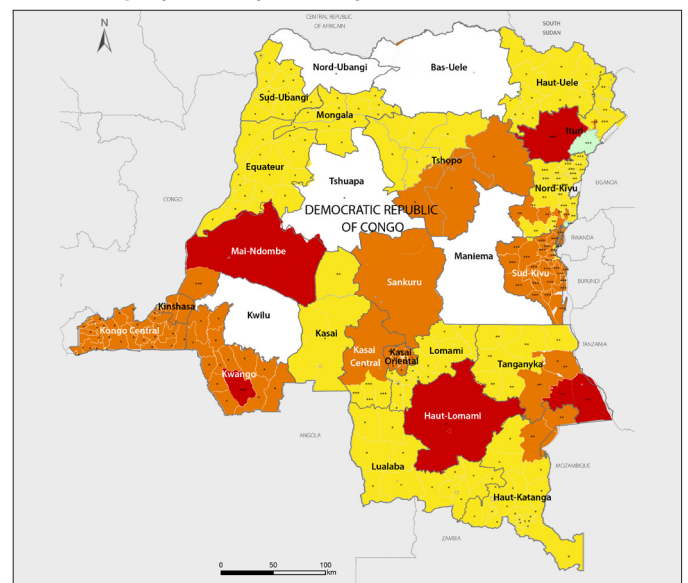
Facteurs déterminants

- Apport alimentaire inadéquat
- Accès inadéquat à la nourriture
- Accès réduit aux latrines et sources d'eau potable améliorées
- Epidémie de Rougeole, Monkeypox, Cholera et Ebola
- Maladie Endémique (IRA & Paludisme)
- Insécurité et déplacement de population

Situation actuelle : juillet – décembre 2025



Situation projetée 1 : janvier - juin 2026



LÉGENDE

Classification IPC des phases de la malnutrition aiguë (IAA)

(la Phase cartographiée représente la sévérité qui touche au moins 20 % de la population)

- 1 - Acceptable
- 2 - Alerte
- 3 - Sérieuse
- 4 - Critique
- 5 - Extrêmement critique
- Zones non analysées



Pourquoi ? La situation nutritionnelle préoccupante s'explique par une alimentation de complément insuffisante, avec seulement 18% des enfants de 6–23 mois qui atteignent la diversité alimentaire minimale selon l'Enquête Nationale de la Nutrition (ENN) RDC 2023, de plus, elle varie de 5 à 40 % selon les provinces. L'accès alimentaire se dégrade également, car près de 69 % de territoires étaient en Crise (Phase 3 de l'IPC IAA) sur janvier–juin 2025, avec plus de 21 % de ménages en crise; Les conditions WASH restent faibles avec moins de 50 % des ménages qui ont accès à une source d'eau potable améliorée dans 18 provinces (moins de 15 % au Kwango, Mongala et Sankuru), tandis que dans les 25 provinces en dehors de Kinshasa, la majorité ne dispose même pas de latrines améliorées. De même, les morbidités contribuent lourdement à la détérioration de la situation nutritionnelle avec des augmentations assez significatives qui varient selon les zones de santé (IRA : 26% à 78 %, fièvre : 24% à 77 %, diarrhée : 8% à 39 % d'enfants de moins de 5 ans). Les flambées épidémiques aggravent également la situation nutritionnelle. La rougeole sévit dans plusieurs provinces avec 12 208 cas suspects et 22 décès du 1er janvier au 31 mai 2025, soit plus de 50 % de cas ; Mpox (environ 3 000 cas à Nyiragongo, Nord-Kivu) avec 16 611 cas et 18 décès cumulés au Sud-Kivu à la semaine 36 avec un taux de létalité de 0,11 % ; Ebola (septembre 2025, Bulape, Kasai Oriental) avec 53 cas confirmés, 45 décès avec une létalité de 70 %. Enfin, l'insécurité civile persistante et les déplacements massifs de population dans l'Est (Nord-Kivu, Sud-Kivu, Ituri, Tanganyika) et certains conflits interethniques au centre détériorent davantage l'accès aux services de santé de base notamment pour les ménages hôtes et déplacés.

FACTEURS CONTRIBUTIFS



Apport alimentaire des enfants et des femmes est inadéquat : Au niveau national, selon l'EDS 2023-2024, les jeunes enfants de 6–23 mois présentent des niveaux faibles de diversité alimentaire minimum (MDD = 13,9 %), une faible fréquence minimum des repas (avec une moyenne du MMF = 24,4 %) et un très faible apport alimentaire minimum acceptable (MAD = 5,4 %). Par province, on note une forte hétérogénéité qui varie de 2,9 % au Kasai (minimum) à 28,5 % au Haut-Lomami (maximum). La MMF varie de 14,6 % au Kasai Oriental à 38,0 % au Kwilu ; et le MAD varie de 0,0 % au Kasai à 11,9 % au Sud Ubangi. Ainsi, la contribution de cette dimension à la malnutrition aiguë y va d'une contribution moyenne (entre 20 à 40%) à une contribution très élevée (inférieur à 10%).



Accès inadéquat à la nourriture : Le dernier résultat de l'analyse IPC de l'insécurité alimentaire aiguë (IAA) pour la période de juin à décembre 2025 montrent que la situation de l'insécurité alimentaire est particulièrement préoccupante, et plus particulièrement dans les territoires de l'est du pays à cause des conflits armés à répétition. Environ 57% de territoires de la RDC sont en insécurité alimentaire de Crise ou d'urgence (Phase 3 et plus de l'IPC IAA avec plus de 21% des ménages qui seront impactés). Cela constitue un facteur de risque élevé qui peut en partie expliquer la difficulté d'assurer un régime alimentaire de qualité pour les enfants avec un impact négatif très marqué sur la situation nutritionnelle.



Accès réduit aux latrines et sources d'eau potable améliorées : Selon les récents résultats de l'ENN 2023, dans 18 des 26 provinces du pays, moins de 50% des ménages déclarent avoir accès à une source d'eau potable améliorée notamment dans les provinces Kwango, Mongala et Sankuru où moins de 15% des ménages ont un bon accès à l'eau potable. De manière plus préoccupante, dans 25 provinces, à l'exception de Kinshasa, la majorité des ménages déclarent ne pas avoir accès à une latrine améliorée.



Maladie Endémique (IRA & Paludisme) : Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) enregistrées dans les deux semaines précédant le passage des enquêteurs de l'ENN touchent une proportion de l'ordre de 26% à 78% d'enfants de moins de 5 ans. Cette morbidité constitue un déterminant important de la malnutrition aiguë. De même, la proportion d'enfants présentant une fièvre pendant cette même période variait selon les provinces de 24% à 77%. La proportion d'enfants atteints des diarrhées chez ces mêmes enfants a varié de 08% à 39% selon les provinces.



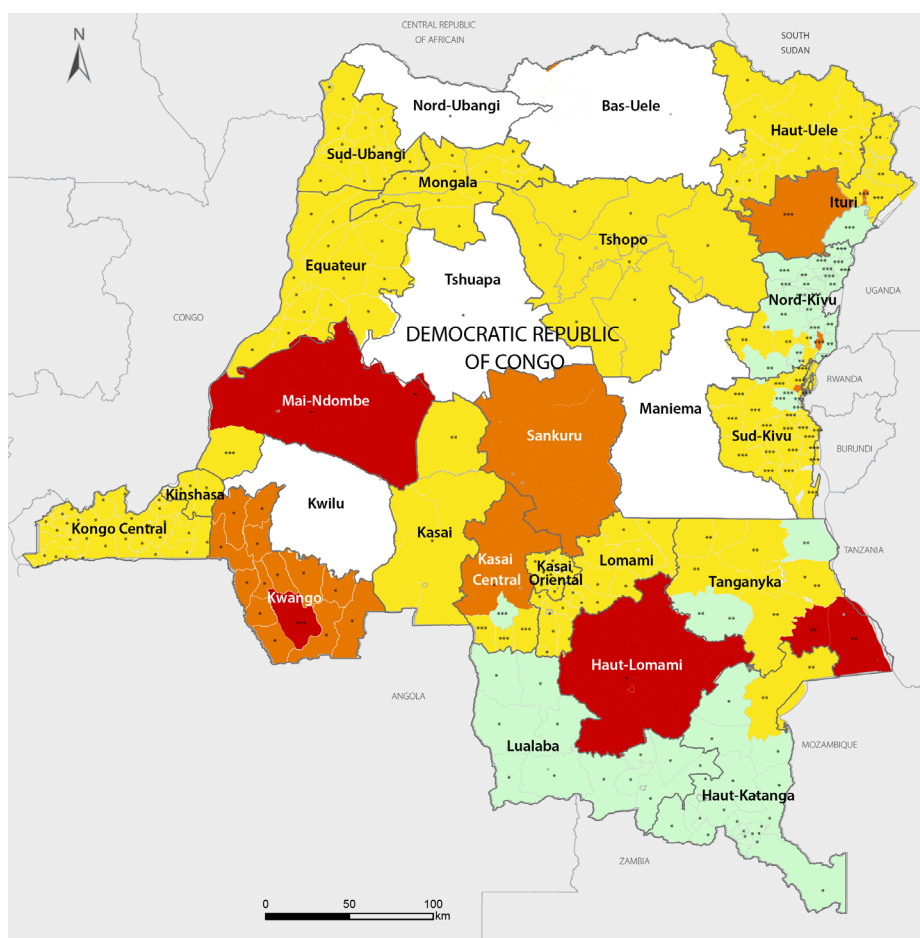
Epidémie de Rougeole, Monkeypox, Choléra et Ebola : Il convient de noter que plusieurs provinces ont enregistré des cas importants de rougeole au cours du premier semestre 2024, notamment le Tanganyika, Nord-Kivu, Maindombe, Sud Kivu, Maniema, Ituri, Tshopo, Tshuapa, et Lualaba. Par ailleurs, entre le 1er janvier et le 31 mai 2025, le pays a enregistré 12 208 cas suspects et 22 décès, représentant plus de 50 % de cas signalés cette année en Afrique. Cette épidémie représente une menace sérieuse pour la santé publique, susceptible de perturber le fonctionnement du système de santé et ses services, de manière similaire à la crise de la COVID-19, qui avait considérablement impacté les performances du système de santé. S'agissant du Mpox, le Nord-Kivu reste un foyer majeur avec près de 3 000 cas à Nyiragongo depuis janvier 2025. Pour la semaine 36, la province du Sud-Kivu avait déjà notifié un cumul de 16 611 cas de mpox dont 18 décès d'où un taux de létalité de 0,11% depuis la semaine 1 (janvier 2025). En septembre 2025, une épidémie de la maladie à Virus Ebola a été déclaré dans la ZS de Bulape dans la province du Kasai Oriental. Selon le sitrep 62 MVE, il y est enregistré à ce jour 53 cas confirmé de MVE dont 45 décès soit une létalité de 70%.

Plusieurs foyers de cholera ont été déclarés en 2025, dans le Haut-Katanga, Kinshasa, Nord-Kivu, Sud-Kivu et particulièrement dans le Tanganyika à cause des inondations ou du faible accès à l'eau potable et aux services d'hygiène et assainissement. Les mauvaises conditions d'hygiène et le faible accès à l'eau potable sont des facteurs favorisant la propagation de la maladie. Les zones de santé de Kalemie, Nyemba, Moba et Kansimba sont sensiblement affectées. Les Zones de Santé (ZS) de Boko, Bolobo, Inongo, Kiri, Mushie, Oshwe et Yumbi sont aussi affectées par l'épidémie de choléra. Selon le ministère de la santé, 1 environ 516 cas ont été notifiés au cours de la semaine 26 contre 1 157 cas la semaine 25 avec un taux de positivité de 37%. La province de la Tshopo vient en tête avec 517 cas, soit 35,7% des cas et 26 décès. Dans la province du Sud Kivu, 386 cas et 4 décès ont été enregistrés de même que 178 cas (avec 9 décès) enregistrés à Kinshasa, 148 cas (avec 4 décès) dans la province de Maniema, 114 cas dans la province Tanganyika. Au Sud Kivu, sur la semaine 36, le choléra avait déjà été notifié avec un total 8 735 cas dont 52 décès pour un taux de létalité de 0,6% depuis la semaine 1.



Insécurité et déplacement des populations : L'intensification des affrontements entre groupes armés précipitément dans la partie Est du pays continue d'affecter sérieusement la situation sécuritaire des populations de ces provinces (Nord Kivu, Sud Kivu, Ituri, Tanganyika). On y enregistre d'importants déplacements de populations et une précarité des conditions de vie des ménages et la situation nutritionnelle des enfants. Par ailleurs, les conflits interethniques dans le centre du pays provoquent des phénomènes similaires, affectant à la fois les populations déplacées et les communautés hôtes.

VUE D'ENSEMBLE DE LA SITUATION ACTUELLE (JUILLET – DECEMBRE 2025)



LÉGENDE

Classification IPC des phases de la malnutrition aiguë (IAA)

(la Phase cartographiée représente la sévérité qui touche au moins 20 % de la population)

- 1 - Acceptable
- 2 - Alerte
- 3 - Sérieuse
- 4 - Critique
- 5 - Extrêmement critique
- Zones non analysées
- Classification de phase basée sur le PB
- Zones avec preuves / données inadéquates

Niveau de preuve

- * Acceptable
- ** Moyen
- *** Elevé

Contexte de la situation actuelle (juillet – décembre 2025) :

Selon les résultats du 5^{ème} cycle d'analyse IPC MNA, il ressort que la situation est alarmante sur l'ensemble des unités d'analyse pour la période de juillet à décembre 2025 par rapport à la même période 2023-2024. L'analyse a été effectuée sur 327 zones réparties entre les zones de santé, les territoires et les provinces. Cinq (5) zones sont classées en situation nutritionnelle Critique (Phase 4 de l'IPC MNA), 19 zones en situation Sérieuse (Phase 3 de l'IPC MNA), 220 zones en Alerte (Phase 2 de l'IPC MNA) et 82 zones dans une situation Acceptable (Phase 1 de l'IPC MNA).

Phase 4 : Situation nutritionnelle critique pour 5 unités d'analyse (MAG \geq 15 % et <30%)

Les zones en situation critique (Phase 4 de l'IPC MNA) nécessitent des actions urgentes afin de réduire rapidement les niveaux de malnutrition aiguë : les provinces de Haut-Lomami et Mai-Ndombe sans la zone de santé de Kwamout sont classées en phase 4. A Kwango dans le territoire de Kasongo-Lunda et au Tanganyika dans le territoire de Moba, les situations nutritionnelles sont aussi considérées comme étant en situation Critique pendant la période actuelle.

Phase 3 : Situation nutritionnelle Sérieuse dans 19 unités d'analyse (MAG \geq 10 % et <15%)

Le territoire de Djugu (zone de santé de Mongbalu) ainsi que le territoire de Mambasa sont classés en phase 3 de l'IPC MNA. Au Kasai Central, tous les territoires sont également classés en Phase 3 de l'IPC MNA excepté le territoire de Luiza. Dans la province de Kwango, les territoires de Feshi (zones de santé de Feshi, Kisanji et Mwela Lembwa), Kahemba (Kahemba et Kajiji), Kasongo-Lunda (Kasongo Lunda, Kitenda, Tembo et Wamba Lwadi), Kenge (Boko, Kenge et Kimbau) et Popokabaka (Popokabaka) sont classés en Phase 3 de l'IPC MNA. Au Nord-Kivu, le territoire de Rutshuru (zone de santé de Bambo) et la province du Sankuru sont classés en Phase 3 de l'IPC MNA. Pour le Sud-Kivu, le territoire de Kabare est classé en Phase 3 de l'IPC (zone de santé de Kaniola).

Phase 2 : Situation d'Alerte Nutritionnelle dans 220 unités d'analyse (MAG \geq 5 % et <10%)

Les unités d'analyse classées en Phase d'Alerte se répartissent comme suit : la province de l'Équateur comprend les territoires de Basankusu (zones de santé de Basankusu et Djombo), Bikoro (Bikoro, Iboko, Ntondo), Bolomba (Bolomba, Lolanga Mampoko,

Monieka), Bomongo (Bomongo, Lilanga Bobangi), Ingende (Ingende, Lotumbe), Lukolela (Irebu, Lukolela), Makanza (Makanza) et Mbandaka (Bolonge, Mbandaka, Wangata) ; au Haut-Katanga, le territoire de Pweto qui regroupe les zones de santé de Kilwa et Pweto ; au Haut-Uélé, Dungu (Doruma, Dungu), Faradje (Aba, Faradje, Makoro), Niangara (Niangara), Rungu (Isiro, Rungu), Wamba (Boma-Mangbetu, Pawa, Wamba) et Watsa (Gombari, Watsa) sont classés en Alerte. Dans la province de l'Ituri, Aru (Aru), Djugu (Bambu, Damas, Drodro, Fataki, Jiba, Kilo, Linga, Lita, Mangala, Nizi, Rethy, Tchomia) et Mahagi Territoire sont aussi classés en phase 2 de l'IPC MNA. La province du Kasai est analysée à l'échelle régionale et demeure dans la phase 2 de l'IPC MNA. Au niveau de la province du Kasai-Central, les zones de santé de Luambo, Masuika et Yangala dans le territoire de Luiza sont classées en phase 2 de l'IPC MNA. Au niveau de la province du Kasai-Oriental, on note respectivement dans les territoires de Kabeya-Kamwanga (zone de santé de Kabeya Kamuanga), Katanda (ZS de Bibanga, Tshitenge), Lupatapata (Mukumbi, Tshishimbi), Mbuji-Mayi (Bipemba, Bonzola, Dibindi, Diulu, Kansele, Lubilanji, Lukelenge, Mpokolo, Muya, Nzaba), Miabi (Cilundu, Miabi) et Tshilenge (Kasansa, Tshilenge) sont en phase 2 de l'IPC MNA. Par ailleurs à Kinshasa, l'ensemble du territoire-ville est classé en phase 2 de l'IPC MNA comprenant ainsi les zones de santé de Bandalungwa, Barumbu, Binza Meteo, Binza Ozone, Biyela, Bumbu, Gombe, Kalamu I, Kalamu II, Kasa-Vubu, Kikimi, Kimbanseke, Kingabwa, Kingasani, Kinshasa, Kintambo, Kisenso, Kokolo, Lemba, Limete, Lingwala, Makala, Maluku I, Maluku II, Masina I, Masina II, Matete, Mont Ngafula I, Mont Ngafula II, Ndjili, Ngaba, Ngiri-Ngiri, Nsele, Police et Selembao. Dans la province du Kongo-Central, les unités d'analyse classées en phase 2 de l'IPC MNA sont les suivantes : Territoire de Boma (ZS de Boma), Kasangulu (ZS de Masa et Sona-Bata), Kimvula (Kimvula), Lukula (Kangu, Lukula), Luozi (Kibunzi, Luozi, Mangembo), Madimba (Kisantu, Ngidinga, Nselo), Matadi (Matadi, Nzanza), Mbanza-Ngungu (Boko-Kivulu, Gombe-Matadi, Kimpangu, Kwilu-Ngongo, Mbanza-Ngungu), Moanda (Boma Bungu, Kitona, Moanda), Seke-Banza (Inga, Seke-Banza), Songololo (Kimpese, Nsona-Mpangu) et Tshela (Kinkonzi, Kizu, Kuimba, Tshela, Vaku).

Pour la province de Lomami, Kabinda (Kabinda, Kalonda Est, Ludimbi Lukula), Kamiji (Kamiji), Lubao (Kamana, Lubao, Tshofa), Luilu (Kalenda, Kanda Kanda, Luputa, Wikong), Mwene-Ditu (Makota, Mwene Ditu) et Ngandajika (Kalambayi Kabanga, Mulumba, Ngandajika) sont classés en Alerte. Dans la province de Mai-Ndombe, Kwamouth (Kwamouth) est classé en phase 2 de l'IPC MNA. Au niveau de la province de Mongala, Bongandanga (Bongandanga, Boso Mondanda, Bosondjo, Pimu), Bumba (Bumba, Lolo, Yamaluka, Yambuku, Yamongili) et Lisala (Binga, Boso Manzi, Lisala) sont classés en Phase 2 de l'IPC MNA. Au Nord-Kivu, Masisi (Katoyi, Kirotshe, Masisi, Mweso) et Walikale (Kibua, Walikale) sont en Alerte. Au Sud-Kivu, Fizi (Fizi, Kimbi Lulenge, Minembwe, Nundu), Idjwi (Idjwi), Kabare (Kabare, Nyantende), le Territoire de Kalehe, Mwenga (Itombwe, Kamituga, Kitutu, Mwana, Mwenga), Shabunda (Kalole, Lulingu, Mulungu, Shabunda) et Uvira (Hauts-Plateaux, Lemera, Ruzizi, Uvira) sont classés en Alerte. Dans le Sud-Ubangi, Budjala (Bangabola, Budjala, Bulu, Mbaya, Ndage), Gemena (Bogosenubia, Bominenge, Bwamanda, Gemena, Tandala), Kungu (Bokonzi, Boto, Kungu), Libenge (Libenge, Mawuya) et Zongo (Zongo) sont classées en Phase 2 de l'IPC MNA. Au Tanganyika, Kabalo (Kabalo), Kongolo (Kongolo, Mbulula) et Nyunzu (Nyunzu) sont en Alerte et enfin dans la province de la Tshopo, les territoires de Bafwasende, Banalia, Basoko, Isangi, Kisangani, Opala, Ubundu et Yahuma sont classés en Phase 2 de l'IPC MNA.

Phase 1 : Situation nutritionnelle Acceptable dans 82 Unités d'Analyse (MAG < 5 %) ;

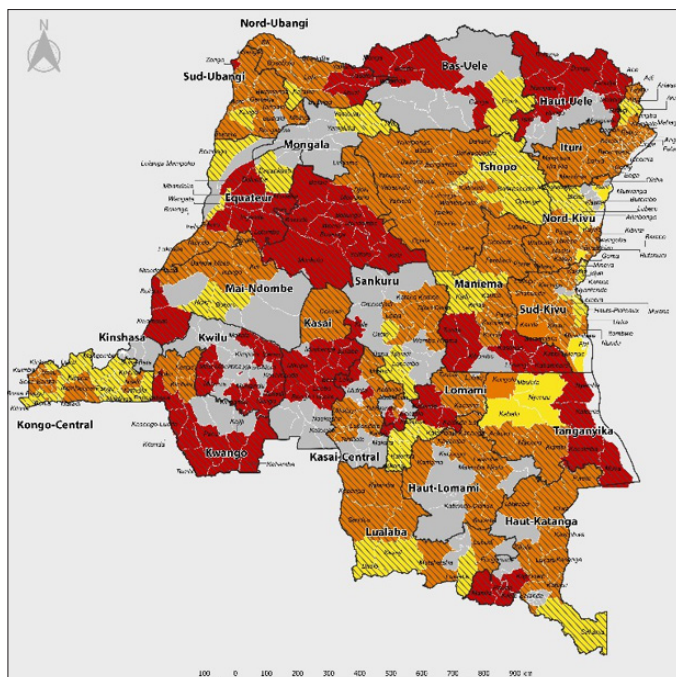
Pendant la période courante (juillet-décembre 2025), au total 82 unités d'analyse sont classées en situation acceptable (Phase 1 de l'IPC MNA) et se répartissent comme suit : dans la province du Haut-Katanga nous avons dans le Territoire de Kambove (zones de santé de Kambove, Kapolowe, Kilela Balanda, Manika et Panda), Kasenga (Kasenga, Kashobwe, Kikula, Lukafu), Kipushi (Kafubu, Kipushi), Likasi (Likasi), Lubumbashi (Kamalondo, Kampemba, Katuba, Kenya, Kisanga, Kowe, Lubumbashi, Mumbunda, Rwashi, Tshamilemba, Vangu), Mitwaba (Mitwaba, Mufunga Sampwe) et Sakania (Sakania) ; dans l'Ituri, Irumu (Boga, Bunia, Gethy, Komanda, Nyakunde, Rwampara) ; au Kasai-Central, Luiza (Luiza) ; dans le Lualaba, Dilolo (Dilolo, Kasaji), Kapanga (Kalamba, Kapanga), Lubudi (Bunkeya, Fungurume, Kanzenze, Lubudi), Mutshatsha (Dilala, Lualaba, Mutshatsha) et Sandoa (Kafakumba, Sandoa) ; au Nord-Kivu, Beni (Beni), Butembo (Butembo, Katwa), Goma (Goma, Karisimbi), Lubero (Alimbongo, Biena, Kayna, Lubero, Manguredjipa, Masereka, Musienene), Nyiragongo (Nyiragongo), Oïcha (Kalunguta, Kamango, Kyondo, Mabalako, Mutwanga, Oïcha, Vuhovi), Rutshuru (zones de santé de Rutshuru, à l'exception de Bambo) et Walikale (Itebero, Pinga) ; au Sud-Kivu, Bukavu (Bagira, Ibanda, Kadutu), Kabare (Katana, Miti-Murhesa) et Walungu (Kaziba, Mubumbano, Nyangezi, Walungu) ; et, au Tanganyika, Kalemie (Kalemie, Nyemba) et Manono (Ankoro, Kiyambi, Manono).



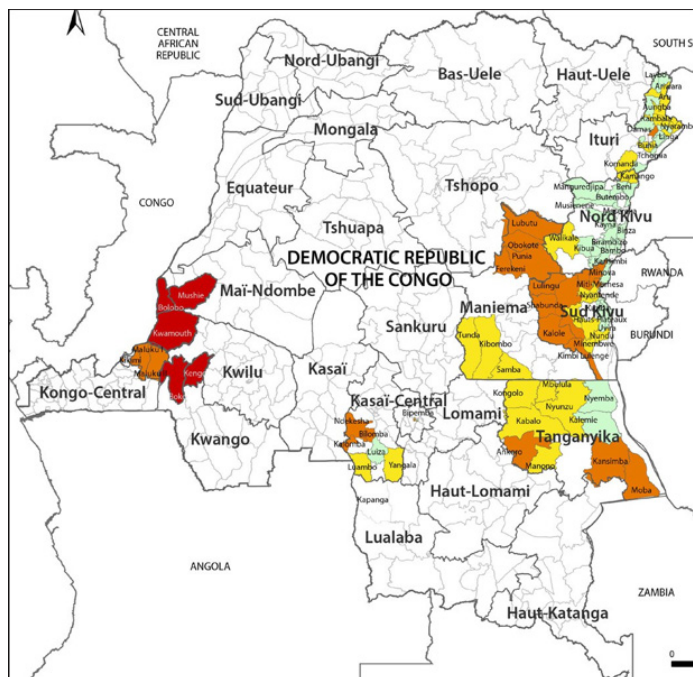
TENDANCE HISTORIQUES - PERIODE ACTUELLE (JUILLET À DÉCEMBRE DES ANNÉES 2021 À 2025)

Il est difficile d'établir une tendance historique claire sur la base de comparaison des quatre dernières analyses, entre 2021 et 2025, avec l'analyse actuelle (juillet-décembre 2025) car la couverture des zones analysées varie d'une année à une autre relative à la couverture volatile des enquêtes nutritionnelles. On peut toutefois observer les tendances à des détériorations dans la province de Tanganyika, le Haut-Lomami et Mai-Ndombe où des zones apparaissent en situation critique en 2025 alors qu'elles étaient en phase d'alerte en 2024. En revanche, plusieurs zones de santé sont restées dans la même situation qu'en 2024 et ceux bien que la situation soit en alerte dans ces zones.

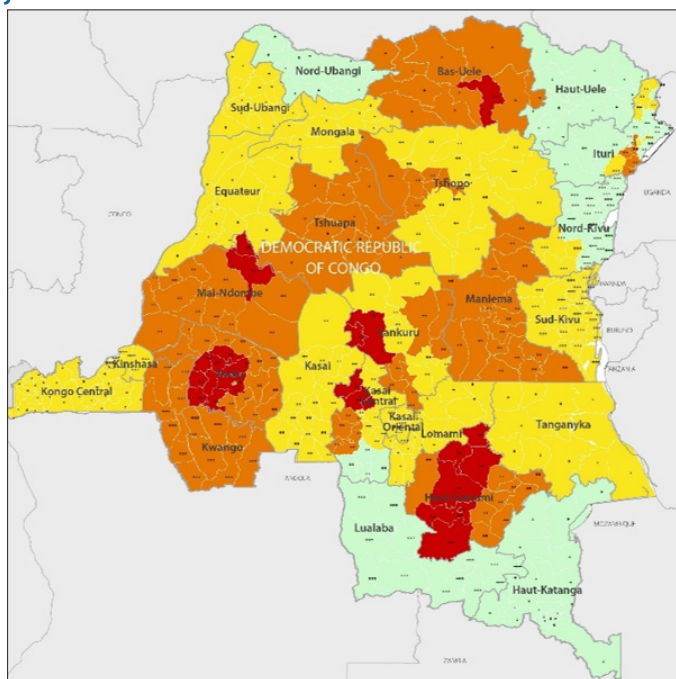
juillet - décembre 2022



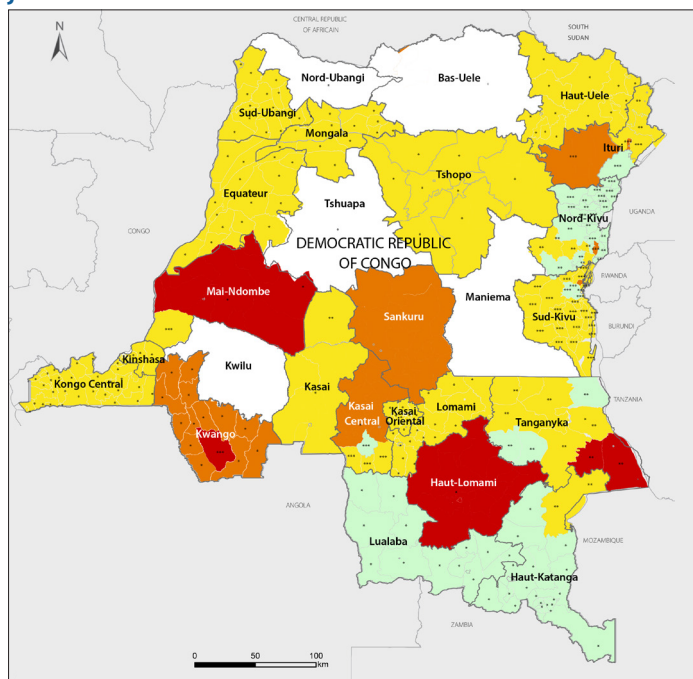
juillet - décembre 2023



juillet - décembre 2024



juillet - décembre 2025



LÉGENDE

Classification IPC des phases de la malnutrition aiguë (IAA)

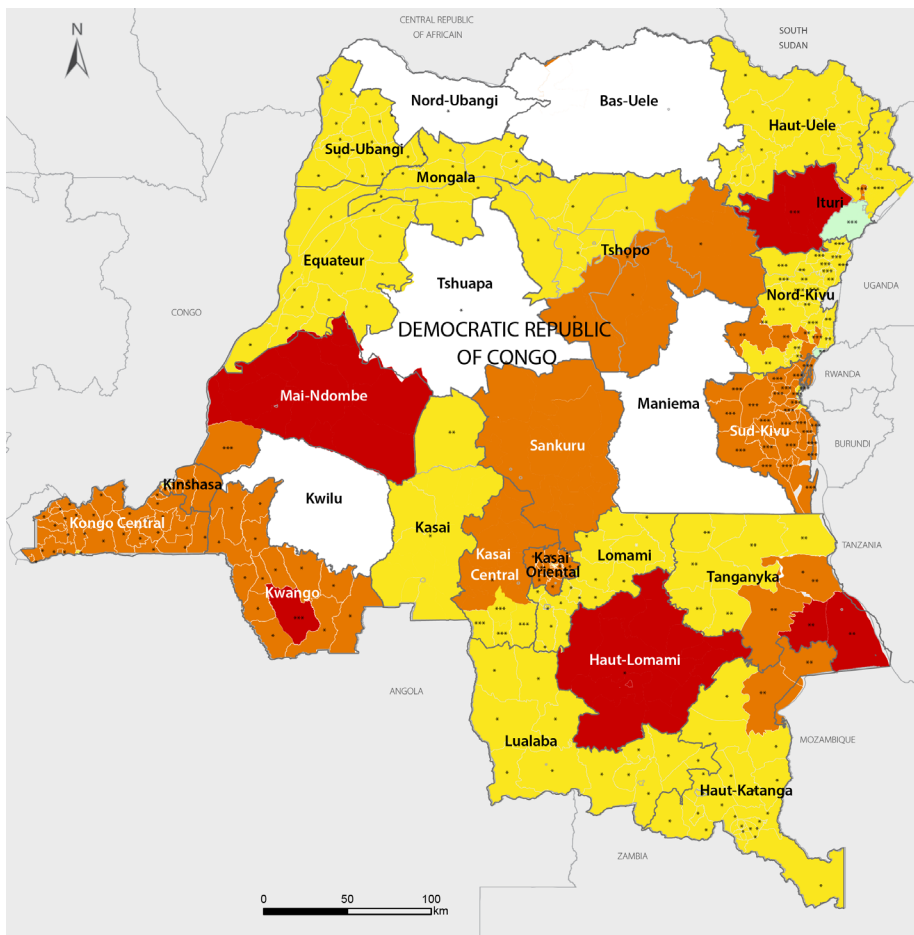
(la Phase cartographiée représente la sévérité qui touche au moins 20 % de la population)

- 1 - Acceptable
- 2 - Alerte
- 3 - Sérieuse
- 4 - Critique
- 5 - Extrêmement critique

- Zones non analysées
- Classification de phase basée sur le PB
- Zones avec preuves / données inadéquates

- Niveau de preuve
- * Acceptable
 - ** Moyen
 - *** Elevé

VUE D'ENSEMBLE DE LA SITUATION PROJETEE (JANVIER – JUIN 2026)



LÉGENDE

Classification IPC des phases de la malnutrition aiguë (IAA)

(la Phase cartographiée représente la sévérité qui touche au moins 20 % de la population)

- 1 - Acceptable
- 2 - Alerte
- 3 - Sérieuse
- 4 - Critique
- 5 - Extrêmement critique
- Zones non analysées
- Classification de phase basée sur le PB
- Zones avec preuves / données inadéquates

Niveau de preuve

- * Acceptable
- ** Moyen
- *** Elevé

Contexte de la situation projetée (janvier – juin 2026)

Compte tenu de la dynamique saisonnière observée avec un pic récurrent des admissions des cas de malnutrition aiguë de janvier à juin et de la concomitance avec la saison des pluies (janvier-juin 2026), une détérioration plausible de la situation nutritionnelle est attendue dans un grand nombre de provinces, territoires et zones de santé. Cette dégradation serait tirée par un fardeau morbide accru (choléra et autres maladies hydriques, paludisme, infections respiratoires aiguës, rougeole) dans les contextes WASH fragiles, ainsi que par une accessibilité alimentaire très limitée. Malgré une meilleure disponibilité liée aux récoltes (maïs, manioc, haricot, arachide), l'accès des ménages pourrait rester limité par des prix élevés, la dégradation des routes et des coûts de transport soutenus par le niveau des produits pétroliers, restreignant les échanges interprovinciaux et ce malgré l'appréciation de la monnaie locale depuis octobre 2025. Parallèlement, l'accès aux soins demeurerait hétérogène : les faibles revenus freinent la fréquentation des services, tandis que des améliorations ciblées sont possibles là où la CSU (Couverture de Santé Universelle) et la gratuité des soins maternels se déploient effectivement (davantage en urbain qu'en rural). Enfin, les chocs (guerre, conflits, déplacements, exode rural, inondations et pertes de moyens d'existence) accroissent la vulnérabilité des enfants de 6–59 mois, en particulier dans les zones où la couverture PCIMA (Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë) reste insuffisante ; quelques poches d'atténuation pourraient néanmoins apparaître dans les aires combinant bonnes récoltes et offre de soins améliorés.

Dégradation d'une situation sérieuse (Phase 3 de l'IPC MNA) vers une situation critique (Phase 4 de l'IPC MNA)

Ceci concerne uniquement une unité d'analyse au niveau du territoire de Mambasa (province d'Ituri) qui va connaître une dégradation de la situation nutritionnelle pour basculer en Phase 4. A cette zone s'ajoutent les cinq (5) unités d'analyse qui vont se maintenir en situation critique (Phase 4 de l'IPC MNA) de la période courante vers la période projetée : il s'agit notamment de la province du Haut Lomami, du territoire de Moba dans la province de Tanganyika (couvrant les ZS Kansimba et Moba) ; la zone de santé de Panzi dans la province de Kwanza et enfin la province de Mai-Ndombe.



De même, 115 différentes zones d'analyse seront en situation sérieuse (phase 3 de l'IPC MNA) dans la période projetée. Elles sont réparties de la manière suivante : 18 zones vont se maintenir en situation sérieuse en période projetée, il s'agit : Ituri, le territoire de Djugu avec la zone de santé (ZS) de Mongbalu ; la province du Kasai Central excepté le territoire de Luiza ; au Kwango, le territoire de Feshi avec les zones de santé de Feshi, Kisanji et Mwela Lembwa, le territoire de Kahemba avec Kahemba et Kajiji, le territoire de Kasongo-Lunda dont la zone de santé de Kasongo Lunda, Kitenda, Tembo et Wamba Lwadi, le territoire de Kenge avec Boko, Kenge et Kimbau, ainsi que le territoire de Popokabaka avec la ZS de Popokabaka ; au Nord-Kivu, le territoire de Rutshuru avec la zone de santé de Bambo ; la province de Sankuru dans sa globalité ; et au Sud-Kivu, le territoire de Kabare avec la zone de santé de Kaniola.

Par ailleurs, 97 zones en situation d'alerte (Phase 2), vont se détériorer vers une situation sérieuse (phase 3) dans la période projetée. Il s'agit de la province du Haut-Katanga comprenant le territoire de Pweto (zones de santé de Kilwa et Pweto) ; les provinces du Kasai et du Kasai Central (hormis le territoire de Luiza) demeurent concernées au niveau agrégé. Dans la province du Kasai-Oriental, les territoires de Kabeya-Kamwanga (ZS de Kabeya Kamuanga), Katanda (Bibanga, Tshitenge), Lupatapata (Mukumbi, Tshishimbi), Mbuji-Mayi (Bipemba, Bonzola, Dibindi, Diulu, Kansele, Lubilanji, Lukelenge, Mpokolo, Muya, Nzaba), Miabi (Cilundu, Miabi) et Tshilenge (Kasansa, Tshilenge) vont basculer en situation sérieuse. Au niveau de Kinshasa, le territoire-ville va également basculer en situation sérieuse couvrant ainsi les zones de santé de Biyela, Kikimi, Kimbanseke, Kingasani, Kisenso, Kokolo, Matete, Nsele, Police et Selembao. Pour le Kongo-Central, Boma (Boma), Kasangulu (Masa, Sona-Bata), Kimvula (Kimvula), Lukula (Kangu, Lukula), Luozi (Kibunzi, Luozi, Mangembo), Madimba (Kisantu, Ngidinga, Nselo), Matadi (Matadi, Nzanza), Mbanza-Ngungu (Boko-Kivulu, Gombe-Matadi, Kimpangu, Kwilu-Ngongo, Mbanza-Ngungu), Moanda (Boma Bungu, Kitona, Moanda), Seke-Banza (Inga, Seke-Banza), Songololo (Kimpese, Nsona-Mpangu) et Tshela (Kinkonzi, Kizu, Kuimba, Tshela, Vaku) vont se dégrader pour passer en phase 3. Dans la province de Maï-Ndombe, Kwamouth (Kwamouth) ; au Nord-Kivu, Masisi (Katoyi, Kirotshe, Masisi, Mweso) et Walikale (Kibua, Walikale). La province de Sankuru classée à l'échelle provinciale va aussi basculer en situation sérieuse en projetée. Au Sud-Kivu, Fizi (Fizi, Kimbi Lulenge, Minembwe, Nundu), Idjwi (Idjwi), Kalehe (Kalehe, Minova, Bunyakiri et Kalonge), Mwenga (Itombwe, Kamituga, Kitutu, Mwana, Mwenga), Shabunda (Kalole, Lulingu, Mulungu, Shabunda) et Uvira (Hauts-Plateaux, Lamera, Ruzizi, Uvira) vont se détériorer pour passer en Phase 3. Au Tanganyika, Kongolo (Kongolo, Mbulula) vont passer en phase 3 et enfin dans la province de la Tshopo, les territoires de Bafwasende, Banalia, Basoko, Isangi et Ubundu vont basculer en phase sérieuse.

Par ailleurs, 123 zones d'analyse qui étaient en alerte (Phase 2 de l'IPC MNA) dans la période actuelle vont rester inchangées pendant la période projetée : en Équateur, les territoires de Basankusu (Basankusu, Djombo), Bikoro (Bikoro, Iboko, Ntondo), Bolomba (Bolomba, Lolanga Mampoko, Monieka), Bomongo (Bomongo, Lilanga Bobangi), Ingende (Ingende, Lotumbe), Lukolela (Irebu, Lukolela), Makanza (Makanza) et Mbandaka (Bolenge, Mbandaka, Wangata) ; au Haut-Uélé, Dungu (Doruma, Dungu), Faradje (Aba, Faradje, Makoro), Niangara (Niangara), Rungu (Isiro, Rungu), Wamba (Boma-Mangbetu, Pawa, Wamba) et

HYPOTHESES CLEFS & EVOLUTIONS DES DETERMINANTS

Saisonnalité de la Malnutrition : De manière générale, la période s'étendant de janvier à juin on observe un nombre élevé d'admissions de la malnutrition aiguë, sans écart significatif entre les différentes provinces.

Évolution des Maladies et Épidémies : La période projetée (janvier-juin 2026) coïncide avec la saison des pluies, durant laquelle des précipitations intenses peuvent provoquer des glissements de terrain, des inondations et dégrader les conditions sanitaires dans des zones manquant d'infrastructures adéquates pour la gestion des eaux pluviales et l'approvisionnement en eau potable. Cette situation pourrait favoriser l'émergence de maladies d'origine hydrique (choléra, diarrhée), paludisme, ainsi que d'autres infections (infections respiratoires aiguës, rougeole, etc.) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.

Évolution de l'Approvisionnement Alimentaire et des Prix sur le Marché : La période de janvier à juin 2026 correspond à la saison de production et de récolte des principales cultures (maïs, manioc, haricot, arachide, etc.). Une amélioration de la disponibilité alimentaire dans les ménages et sur les marchés pourrait atténuer les effets de la malnutrition. Cependant, l'accès des ménages à des aliments en quantité et en qualité suffisantes pourrait être compromis par l'augmentation des prix de certains produits alimentaires de base, malgré une appréciation de la monnaie locale par rapport aux devises étrangères depuis octobre 2025. De plus, la dégradation avancée des routes et des voies d'accès agricole, notamment durant la saison des pluies, ainsi que le coût élevé des produits pétroliers, impactent le coût du transport et les importations, limitant ainsi les échanges commerciaux interprovinciaux.

Évolution de l'Accès aux Soins de Santé : L'accès aux services de santé pourrait être restreint en raison de l'absence d'amélioration des revenus des ménages. Néanmoins, on pourrait observer une amélioration des services de santé dans les régions où des programmes gouvernementaux, tels que la Couverture Santé Universelle et la gratuité des soins maternels, sont progressivement déployés. La situation se présenterait avec plus d'acuité dans le milieu rural comparativement au milieu urbain.

Chocs Potentiels et Conséquences sur la Malnutrition : La persistance des conflits armés et intercommunautaires, ainsi que l'activisme des groupes armés dans certaines régions, pourraient entraîner des déplacements massifs de populations, occasionnant des pertes et des pressions sur les moyens de subsistance tant pour les populations déplacées que pour les familles et communautés d'accueil. Cela placerait les enfants dans une situation accrue de vulnérabilité à la malnutrition. Par ailleurs, l'exode rural vers les milieux urbains en quête de stabilité économique pourrait aggraver ces défis. La mauvaise répartition des pluies a, entre autres, pour conséquence les inondations qui causent la perte des moyens d'existence (cultures, récoltes, bétail, infrastructures) rendant ainsi vulnérables à la malnutrition.



Watsa (Gombari, Watsa) ; en Ituri, Aru (Aru), Djugu (Bambu, Damas, Drodoro, Fataki, Jiba, Kilo, Linga, Lita, Mangala, Nizi, Rethy, Tchomia) et Mahagi; au Kasai-Central, Luiza (Luambo, Masuika, Yangala) ; à Kinshasa, le territoire-ville couvre Bandalungwa, Barumbu, Binza Meteo, Binza Ozone, Bumbu, Gombe, Kalamu I, Kalamu II, Kasa-Vubu, Kingabwa, Kinshasa, Kintambo, Lemba, Limete, Lingwala, Makala, Maluku I, Maluku II, Masina I, Masina II, Mont Ngafula I, Mont Ngafula II, Ndjili, Ngaba et Ngiri-Ngiri ; en Lomami, Kabinda (Kabinda, Kalonda Est, Ludimbi Lukula), Kamiji (Kamiji), Lubao (Kamana, Lubao, Tshofa), Lulu (Kalenda, Kanda Kanda, Luputa, Wikong), Mwene-Ditu (Makota, Mwene Ditu) et Ngandajika (Kalambayi Kabanga, Mulumba, Ngandajika) ; en Mongala, Bongandanga (Bongandanga, Boso Mondanda, Bosondjo, Pimu), Bumba (Bumba, Lolo, Yamaluka, Yambuku, Yamongili) et Lisala (Binga, Boso Manzi, Lisala) ; au Sud-Kivu, Kabare (Kabare) ; en Sud-Ubangi, Budjala (Bangabola, Budjala, Bulu, Mbaya, Ndage), Gemena (Bogosenubia, Bominenge, Bwamanda, Gemena, Tandala), Kungu (Bokonzi, Boto, Kungu), Libenge (Libenge, Mawuya) et Zongo (Zongo) ; au Tanganyika, Kabalo (Kabalo) et Nyunzu (Nyunzu) ; enfin, dans la Tshopo, Kisangani, Opala et Yahuma apparaissent également en Phase 2 (Alerte).

Ajoutons à ceux-là les zones (63 UA) qui étaient en situation acceptable (Phase 1 de l'IPC MNA) en période actuelle qui vont se détériorer vers la phase 2 de l'IPC MNA en période projetée. Il s'agit au Haut-Katanga, des territoires de Kambove (Kambove, Kapolowe, Kilela Baland, Manika, Panda), Kasenga (Kasenga, Kashobwe, Kikula, Lukafu), Kipushi (Kafubu, Kipushi), Likasi (Likasi), Lubumbashi (Kamalondo, Kampemba, Katuba, Kenya, Kisanga, Kowe, Lubumbashi, Mumbunda, Rwashi, Tshamilemba, Vangu), Mitwaba (Mitwaba, Mufunga Sampwe) et Sakania (Sakania) ; au Sud-Kivu, Bukavu (Bagira, Ibanda, Kadutu) et Walungu (Kaziba, Mubumbano, Nyangezi, Walungu) et Kabare (Katana et Miti-Murhesa). Au Tanganyika, Kalemie (Kalemie, Nyemba) et Manono (Ankoro, Kiyambi, Manono). Au Kasai-Central, Territoire de Luiza (ZS de Luiza) ; Dans la Province de Lualaba, territoire de Dilolo (ZS de Dilolo & Kasaji) ; Kapanga (Kalamba, Kapanga) ; Lubudi (Bunkeya, fungurume, Kanzenze, Lubudi) ; Mutshatsha (Dilala, Lualaba, Mutshatsha) ; Sandoa (Kafakumba, Sandoa). Au niveau de la province du Nord Kivu, nous avons le territoire de Lubero (Alimbongo, Biena, Kayna, Lubero, Manguredjipa) ; Nyiragongo (Nyiragongo), Rutshuru (Rutshuru sans Bambo) et Walikale (Itebero) ; Pinga).

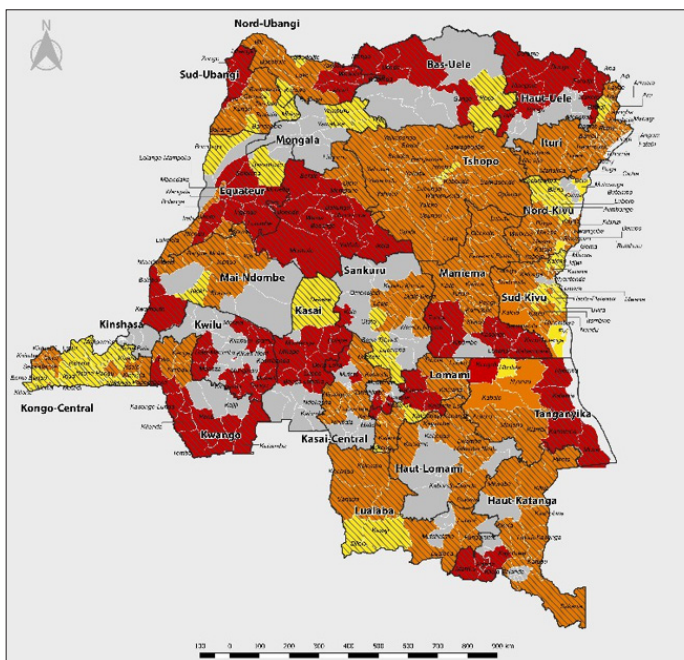
Les unités d'analyse qui vont rester en phase acceptable (20 UA) pendant la période projetée sont les suivantes : la province de l'Ituri comprenant le territoire d'Irumu (zones de santé de Boga, Bunia, Gethy, Komanda, Nyakunde et Rwampara) ; au Nord-Kivu, sont classés en phase 1, Beni (Beni), Butembo (Butembo, Katwa), Goma (Goma, Karisimbi), Lubero (Masereka, Musienene) et Oïcha (Kalunguta, Kamango, Kyondo, Mabalako, Mutwanga, Oïcha, Vuhovi).



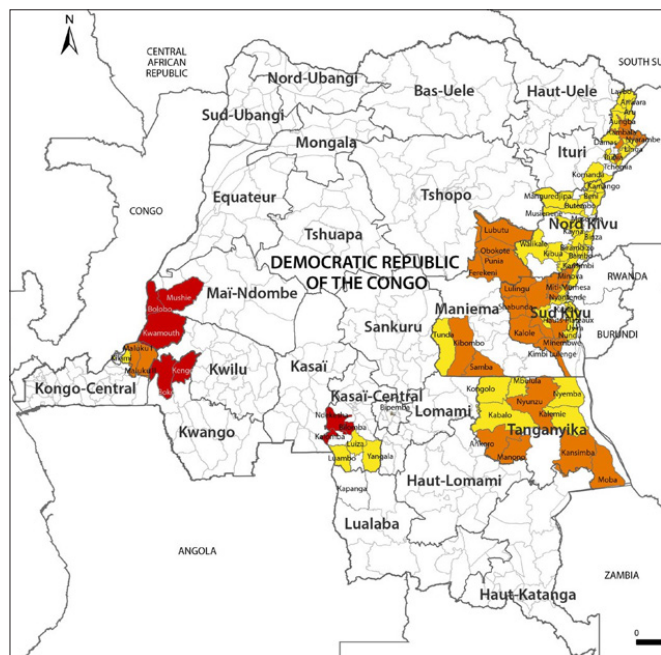
TENDANCE HISTORIQUES - PERIODE PROJETEE JANVIER À JUIN DES ANNÉES 2022 À 2025

Il s'avère toujours difficile d'établir une comparaison sur la base de l'évolution tendancielle des trois dernières analyses avec l'analyse projetée (janvier - juin 2026) à cause de la variabilité interannuelle de la couverture des unités analysées. Toutefois, l'on observe une sévérité un peu similaire entre la période de janvier à juin 2026 et celle de janvier à juin 2024 malgré la faible couverture en unité d'analyse. Ainsi les scénarios de projection montrent une dégradation probable de la situation nutritionnelle pendant ladite période.

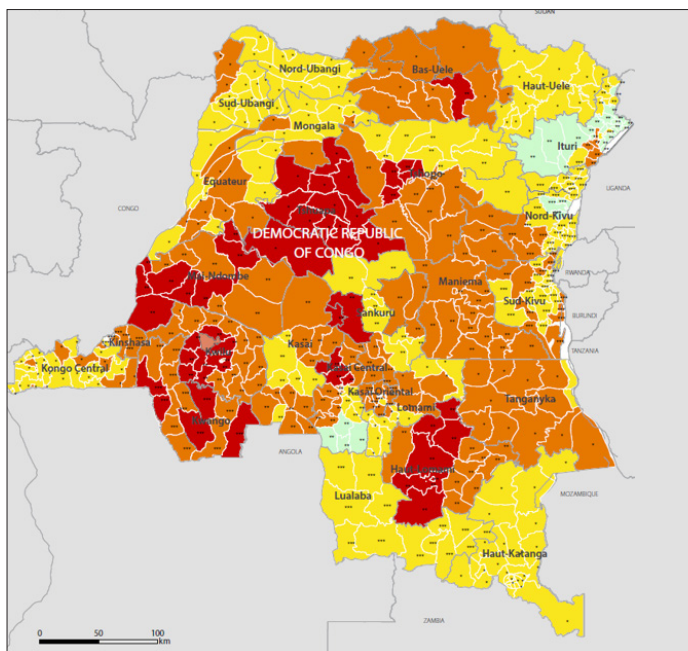
janvier - juin 2023



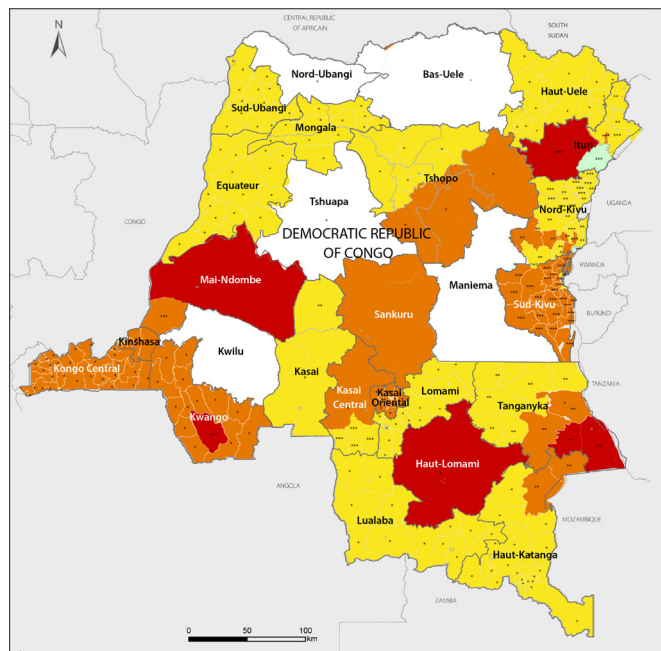
janvier - juin 2024



janvier - juin 2025



janvier - juin 2026



LÉGENDE

Classification IPC des phases de la malnutrition aiguë (IAA)

(la Phase cartographiée représente la sévérité qui touche au moins 20 % de la population)

- 1 - Acceptable
- 2 - Alerte
- 3 - Sérieuse
- 4 - Critique
- 5 - Extrêmement critique

- Zones non analysées
- Classification de phase basée sur le PB
- Zones avec preuves / données inadéquates

Niveau de preuve

- * Acceptable
- ** Moyen
- *** Elevé

TABLEAU DES POPULATIONS ATTEINTES PAR LA MALNUTRITION AIGUË (JUILLET 2025 – JUIN 2026)

Provinces	Nombre de Zone de Santé (ZS)	Nombre total de cas de Aiguë ayant besoin d'un traitement (Enfant <5 ans et FEFA)									
		Population des Enfants de moins de 5 ans		Malnutrition Aiguë Globale		Malnutrition Aiguë Modérée		Malnutrition Aiguë Sévère		Femmes Enceintes et/ou Allaitantes (FEFA)	
		Filles	Garçons	Filles < 5 ans	Garçons < 5 ans	Filles < 5 ans	Garçons < 5 ans	Filles < 5 ans	Garçons < 5 ans	Population FEFA	MAG FEFA
Equateur	18	181 768	188 431	42 084	43 802	31 128	32 398	10 956	11 404	165 452	21 840
Haut-Katanga	28	577 974	584 952	68 244	71 029	51 855	53 971	16 389	17 058	519 743	83 681
Haut-Lomami	16	370 872	373 851	164 790	171 517	98 673	102 700	66 118	68 816	332 837	127 478
Haut-Uele	13	217 672	224 750	27 629	28 757	15 782	16 426	11 847	12 330	197 731	26 297
Ituri	36	426 407	440 274	142 738	148 564	92 511	96 286	50 227	52 278	387 343	55 377
Kasaï	18	336 721	347 671	69 504	72 341	35 749	37 208	33 756	35 133	305 874	71 574
Kasaï-Central	26	398 214	411 164	126 974	132 157	82 492	85 859	44 483	46 298	361 733	84 284
Kasaï-Oriental	19	385 442	393 229	86 024	89 535	47 617	49 561	38 406	39 974	348 010	63 683
Kinshasa	35	1 513 609	1 495 554	311 984	324 718	256 856	267 340	55 128	57 378	1 344 877	125 073
Kongo-Central	31	678 542	697 811	166 344	173 134	113 976	118 628	52 368	54 506	615 130	158 086
Kwango	14	253 901	268 529	73 247	76 236	31 282	32 559	41 965	43 677	233 488	110 674
Lomami	16	299 812	305 869	58 951	61 357	31 637	32 928	27 314	28 429	270 696	79 042
Lualaba	13	321 658	325 541	30 121	31 350	25 560	26 604	4 560	4 747	289 251	66 816
Mai-Ndombe	14	218 800	231 406	95 875	99 788	59 077	61 488	36 798	38 299	201 210	44 870
Mongala	12	207 458	214 205	42 571	44 308	18 802	19 569	23 769	24 739	188 453	27 890
Nord-Kivu	34	797 601	840 183	112 694	117 294	88 247	91 849	24 448	25 445	731 970	61 678
Sankuru	16	258 710	263 936	84 101	87 534	47 275	49 205	36 826	38 329	233 585	56 294
Sud-Kivu	34	697 024	722 576	160 863	167 429	123 755	128 806	37 108	38 622	634 458	121 541
Sud-Ubangi	16	293 697	302 038	43 354	45 124	26 564	27 648	16 790	17 476	266 250	33 015
Tanganyika	11	383 668	388 300	91 103	94 822	68 844	71 654	22 259	23 168	345 014	75 557
Tshopo	23	274 138	284 188	50 548	52 611	42 678	44 420	7 869	8 191	249 531	42 671
Total général	443	10 497 200	10 774 092	2 049 743	2 133 407	1 390 360	1 447 107	659 384	686 297	9 506 723	1 537 421
		21 271 292		4 183 150		2 837 467		1 345 681			

L'estimation des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes (FEFA) dans le besoin de traitement pour la malnutrition aiguë a été établie lors des exercices du HNO (estimation des besoins du secteurs Nutrition en octobre 2025). Les formules utilisées pour l'estimation des enfants est Population * K * Prévalence avec pour K (moins de 5 ans) de 2,6 et K (FEFA) de 2. Le PIN ici ne concerne que les zones analysées lors de l'exercice IPC mais il y a un PIN globale calculé au niveau national par le Cluster Nutrition.

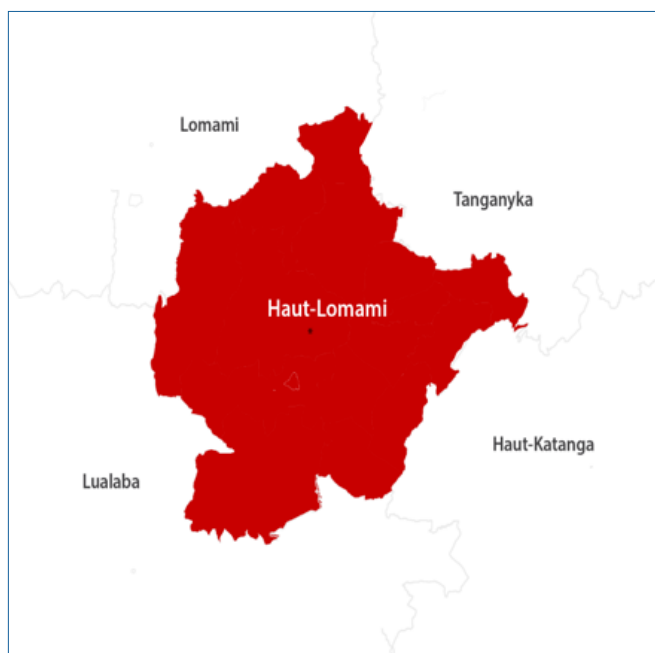
DETAIL DES ZONES EN SITUATION NUTRITIONNELLE CRITIQUE (Phase 4 de l'IPC MNA)

Au cours de ce 5ème cycle d'analyse IPC MNA en RDC, deux provinces (Haut-Lomami et Maï-Ndombe), un territoire de l'Ituri (Territoire de Mambasa) ainsi que plusieurs zones de santé du Kwango et du Tanganyika ont été classés en phase critique (Phase 4 de l'IPC-MNA).

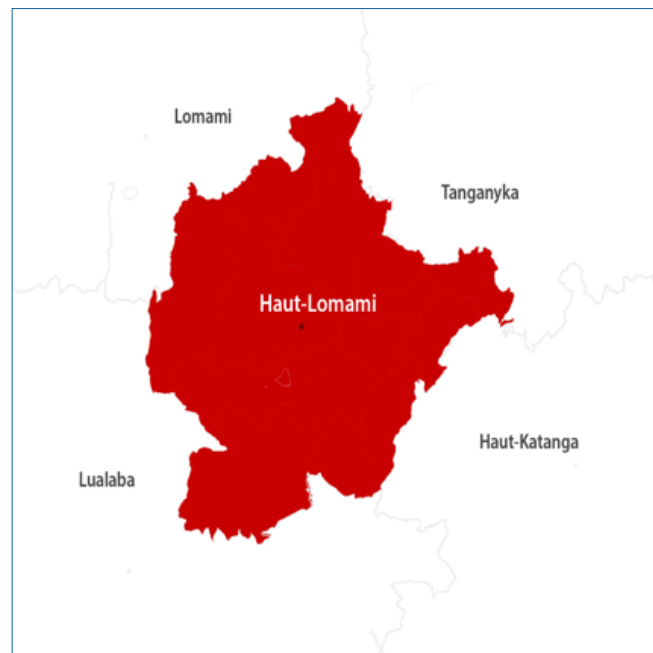
Provinces du Haut-Lomami

Zone Concernées	Phase 4 de l'IPC (C & P)	Personnes malnutris aigus ayant besoin d'un traitement (M5 & FEFA)						Femmes enceintes ou allaitantes	
		Enfants de moins de 5 ans							
Provinces	Haut-Lomami	MAG		MAM		MAS		FEFA	
Territoires		%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Zones		16,7%	336 307	n/a*	201 373	n/a*	134 934	38,3%	127 478
Facteurs Contributifs Majeurs		Accès réduit aux latrines et sources d'eau potable améliorées		Maladie Endémique (IRA & Paludisme)		Apport alimentaire inadéquat		Pratique de soins (pratique allaitement maternelle exclusif)	
* Les réanalyses des données dessagrégées ne s'applique qu'à l'indicateurs MAG (MAM et MAS ne sont pas réanalysées)									

Période courante : juillet - decembre



Période projetée : janvier - juin 2026



LÉGENDE

Classification IPC des phases de la malnutrition aiguë (IAA)

(La Phase cartographiée représente la sévérité qui touche au moins 20 % de la population)

- 1 - Acceptable
- 2 - Alerte
- 3 - Sérieuse
- 4 - Critique
- 5 - Extrêmement critique
- Zones non analysées
- Classification de phase basée sur le PB
- Zones avec preuves / données inadéquates

- Niveau de preuve
- * Acceptable
 - ** Moyen
 - *** Elevé

La province du Haut-Lomami a été classé en phase 4 de l'IPC MNA (critique) en période courante avec une prévalence de MAG PTZ de 16,7% [12,3-22,2] en raison d'un apport alimentaire insuffisant avec un régime alimentaire minimal acceptable inférieur à 20% et une diversité alimentaire minimale de 36,8% chez les enfants comme chez les femmes, des mauvaises pratiques de soin avec seulement 38,4% d'enfants allaités exclusivement au sein avant 6 mois et une fréquence plus élevée des maladies. Pour la période projetée, cette province va demeurer en phase 4 (critique) suite à la recrudescence de certaines maladies (choléra, diarrhée, paludisme, etc.), des probables inondations avec mauvaises répartitions des pluies.

DETAIL DES ZONES EN SITUATION NUTRITIONNELLE CRITIQUE (Phase 4 de l'IPC MNA)

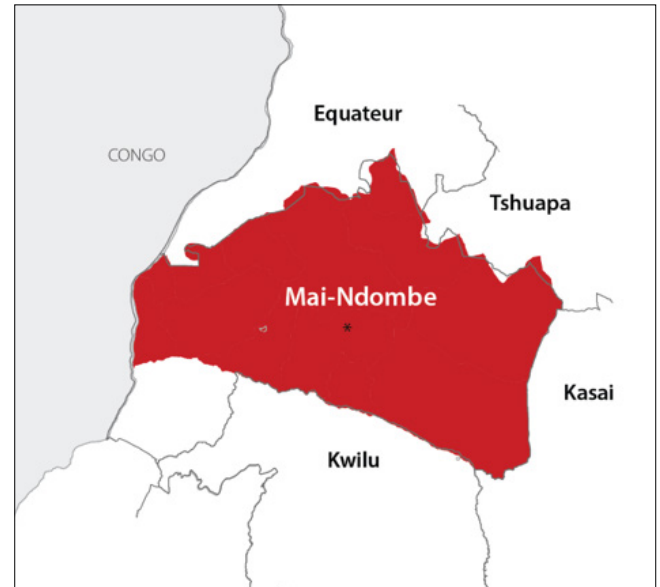
Provinces du Mai-Ndombe

Zone Concernées	Phase 4 de l'IPC (C & P)	Personnes malnutris aigus ayant besoin d'un traitement (M5 & FEFA)						Femmes enceintes ou allaitantes	
		Enfants de moins de 5 ans						FEFA	
Provinces	Mai-Ndombe	MAG		MAM		MAS		FEFA	
Territoires	Bolobo, Inongo, Kutu, Kiri, Mushie et Yumbi	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Zones	(6 territoires)	16,1%	134 035	n/a*	85 749	n/a*	48 286	22,3%	63 825
Facteurs Contributifs Majeurs		Apport alimentaire inadéquat (qualité)	Epidémie de Rougeole	Apport alimentaire inadéquat	Maladie Endémique (IRA, Paludisme et Diarrhée)				
* Les réanalyses des données dessagrégées ne s'applique qu'à l'indicateurs MAG (MAM et MAS ne sont pas réanalysées)									

Période courante : juillet - decembre 2025



Période projetée : janvier - juin 2026



LÉGENDE

Classification IPC des phases de la malnutrition aiguë (IAA)

(la Phase cartographiée représente la sévérité qui touche au moins 20 % de la population)

- 1 - Acceptable
- 2 - Alerte
- 3 - Sérieuse
- 4 - Critique
- 5 - Extrêmement critique

- Zones non analysées
- Classification de phase basée sur le PB
- Zones avec preuves / données inadéquates

- Niveau de preuve
- * Acceptable
 - ** Moyen
 - *** Elevé

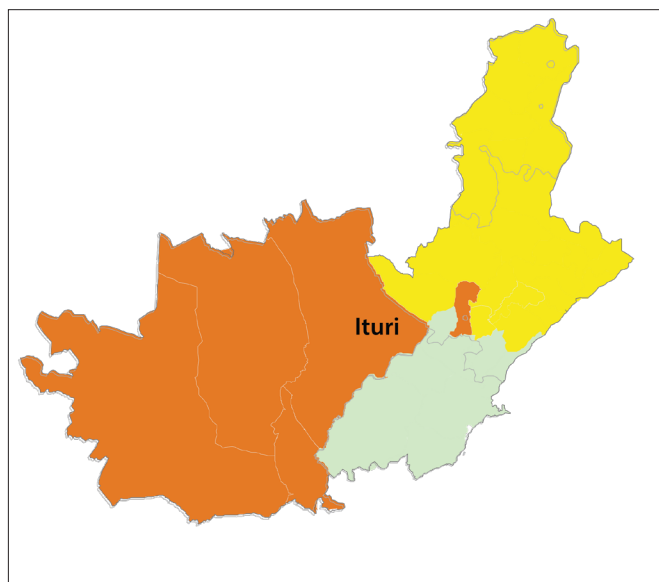
La province de Mai-Ndombe (Bolobo, Inongo, Kiri, Kutu, Mushie et Yumbi) est classifiée en Phase 4 de l'IPC MNA (Critique) en période actuelle comme en période projetée avec une prévalence de MAG PTZ de 16,1 [11,6-21,8] en raison d'une détérioration de la situation nutritionnelle suite à la recrudescence des maladies et épidémies (Paludisme, Rougeole, Mpox), d'un apport alimentaire insuffisant, des pratiques de soins préoccupantes, de l'utilisation d'eau de sources non aménagées surtout des rivières et des inondations récurrentes.

DETAIL DES ZONES EN SITUATION NUTRITIONNELLE CRITIQUE (Phase 4 de l'IPC MNA)

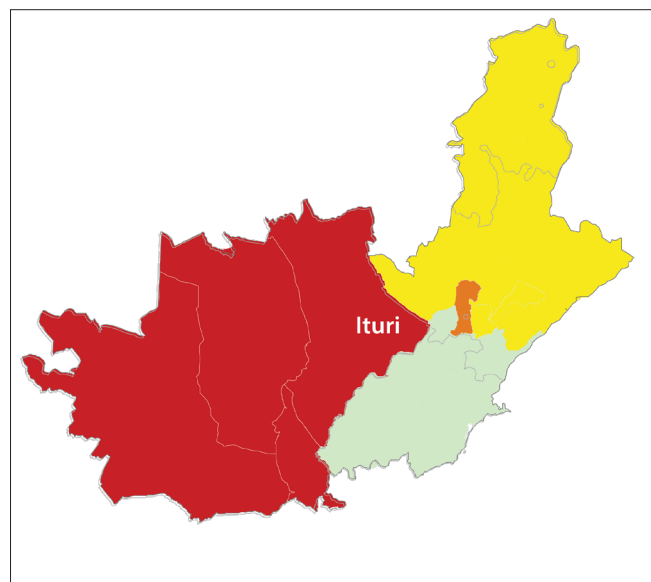
Province de l'Ituri

Zone Concernées	Phase 4 de l'IPC (C & P)	Personnes malnutris aigus ayant besoin d'un traitement (M5 & FEFA)						Femmes enceintes ou allaitantes	
		Enfants de moins de 5 ans							
Provinces	Ituri	MAG		MAM		MAS		FEFA	
Zones	Mambasa	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
ZS	(1 territoire)	14,1%	33 920	n/a*	25 441	n/a*	8 479	17,1%	4 997
Facteurs Contributifs Majeurs		Accès réduit aux latrines et sources d'eau potable améliorées		Maladie Endémique (IRA & Paludisme)		Couverture des services de santé		Apport alimentaire inadéquat (qualité)	
* Les réanalyses des données désagrégées ne s'applique qu'à l'indicateurs MAG (MAM et MAS ne sont pas réanalysés)									

Période courante : juillet - decembre 2025



Période projetée : janvier - juin 2026



LÉGENDE

Classification IPC des phases de la malnutrition aiguë (IAA)

(la Phase cartographiée représente la sévérité qui touche au moins 20 % de la population)

- 1 - Acceptable
- 2 - Alerte
- 3 - Sérieuse
- 4 - Critique
- 5 - Extrêmement critique
- Zones non analysées
- Classification de phase basée sur le PB
- Zones avec preuves / données inadéquates

- Niveau de preuve
- * Acceptable
 - ** Moyen
 - *** Elevé

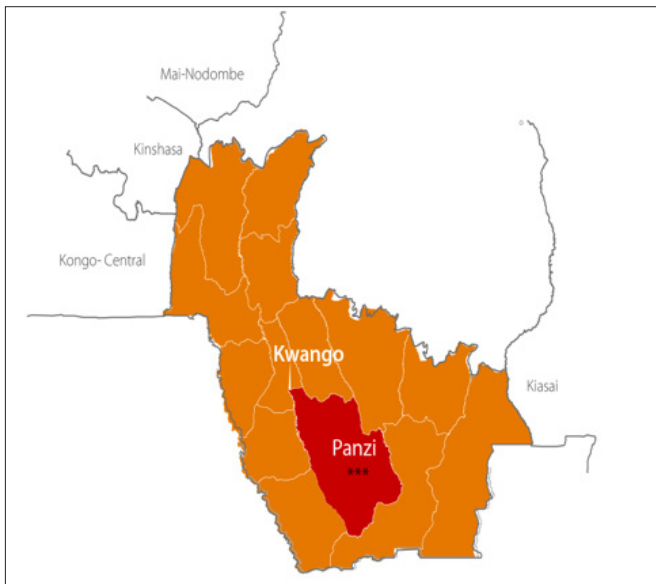
Le territoire de Mambasa, dans la province de l'Ituri, a été classé en phase 4 de l'IPC (Critique) en projetée avec une prévalence de MAG PTZ de 14,1% [10,8-18,2] en courante, qui va se détériorer en raison d'un apport alimentaire très insuffisant, la recrudescence des maladies courantes (Paludisme, IRA, etc.) et à potentiel épidémique (la rougeole, la diarrhée) la hausse des prix des denrées alimentaires de base et l'insécurité dans un contexte fragile due à l'activisme de groupe armée et à l'expansion de la rébellion AFC/M23.

DETAIL DES ZONES EN SITUATION NUTRITIONNELLE CRITIQUE (Phase 4 de l'IPC MNA)

Province de la Kwango

Zone Concernées	Phase 4 de l'IPC (C & P)	Personnes malnutris aigus ayant besoin d'un traitement (M5 & FEFA)						Femmes enceintes ou allaitantes	
		Enfants de moins de 5 ans							
Provinces	Kwango	MAG		MAM		MAS		FEFA	
Territoires	(1 ZS)	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Zones	Panzi	18,2%	18 188					47,4%	8 142
Facteurs Contributifs Majeurs		Accès réduit aux latrines et sources d'eau potable améliorées		Apport alimentaire inadéquat (qualité)		Sécurité alimentaire des ménages		Epidémie de Rougeole	
* Les réanalyses des données dessagrégées ne s'applique qu'à l'indicateurs MAG (MAM et MAS ne sont pas réanalysés)									

Période courante : juillet - decembre 2025



Période projetée : janvier - juin 2026



LÉGENDE

Classification IPC des phases de la malnutrition aiguë (IAA)

(la Phase cartographiée représente la sévérité qui touche au moins 20 % de la population)

- 1 - Acceptable
- 2 - Alerte
- 3 - Sérieuse
- 4 - Critique
- 5 - Extrêmement critique
- Zones non analysées
- Classification de phase basée sur le PB
- Zones avec preuves / données inadéquates

- Niveau de preuve
- * Acceptable
 - ** Moyen
 - *** Elevé

Dans le Kwango, la zone de santé de Panzi a été classée en phase 4 (critique) dans la période actuelle comme dans la projetée avec des prévalences de MAG PTZ de 18,2% [15,4-21,4] suite à la perte des moyens d'existence des ménages due à des conflits récurrents et mouvement de population (phénomène MOBONDO), de l'enclavement, de la recrudescence des maladies humaines avec la survenue des épidémie de Rougeole, diarrhée et cholera, de la pauvreté, de la dégradation des infrastructures Wash et enfin de l'évolution des prix des denrées alimentaires de base.

DETAIL DES ZONES EN SITUATION NUTRITIONNELLE CRITIQUE (Phase 4 de l'IPC MNA)

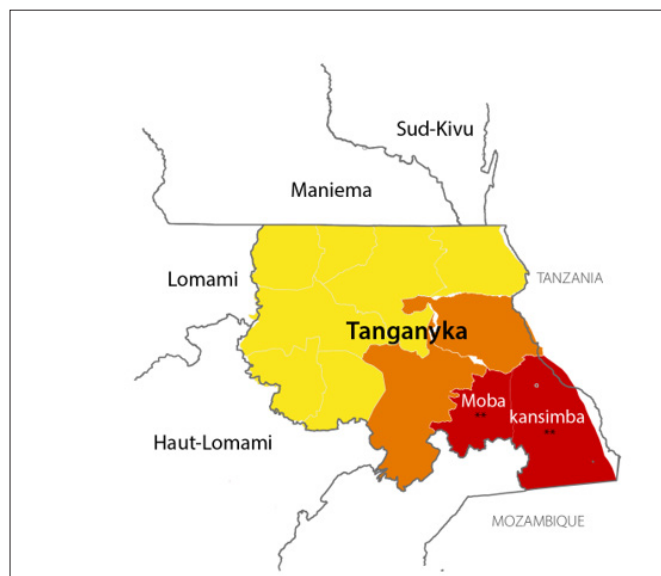
Province du Tanganyika

Zone Concernées	Phase 4 de l'IPC (C & P)	Personnes malnutris aigus ayant besoin d'un traitement (M5 & FEFA)						Femmes enceintes ou allaitantes	
		Enfants de moins de 5 ans						FEFA	
Provinces	Tanganyika	MAG		MAM		MAS		FEFA	
Territoires	Moba	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Zones	Moba et Kansimba	15,2%		n/a*		n/a*		22,3%	63 825
Facteurs Contributifs Majeurs			Epidémie de Rougeoles		Maladie Endémique (Choléra, Fièvre, Paludisme)		Insécurité et déplacement de population		Apport alimentaire inadéquat (qualité)
* Les réanalyses des données désagrégées ne s'applique qu'à l'indicateurs MAG (MAM et MAS ne sont pas réanalysés)									

Période courante : juillet - decembre 2025



Période projetée : janvier - juin 2026



LÉGENDE

Classification IPC des phases de la malnutrition aiguë (IAA)

(la Phase cartographiée représente la sévérité qui touche au moins 20 % de la population)

- 1 - Acceptable
- 2 - Alerte
- 3 - Sérieuse
- 4 - Critique
- 5 - Extrêmement critique
- Zones non analysées
- Classification de phase basée sur le PB
- Zones avec preuves / données inadéquates

- Niveau de preuve
- * Acceptable
 - ** Moyen
 - *** Elevé

Dans la province du Tanganyika, les zones de santé de Moba et Kansimba en territoire de Moba ont été classées en phase 4 (critique) en courante comme en projetée avec une prévalence de MAG PTZ de 15,2% [10,5-21,0] en raison de l'insécurité due à l'activisme de milice entraînant de mouvement de population et la perte des moyens d'existence, de l'apport alimentaire insuffisant, de l'accueil de déplacés du Nord et Sud-Kivu, des inondations récurrentes, de la dégradation très avancées de routes et du port (pour les échanges commerciaux) et de la recrudescence de maladies et épidémies (Choléra, paludisme, rougeole, etc.).

LIEN ENTRE LA MALNUTRITION AIGUË ET L'INSECURITE ALIMENTAIRE

En République Démocratique du Congo, le lien entre la malnutrition et l'insécurité alimentaire n'est plus à démontrer surtout chez les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes, les femmes allaitantes et celles en âges de procréer. Pour ce cycle, il est nécessaire de rappeler, que l'unité d'analyse de l'IPC malnutrition aiguë est la zone de santé et le territoire pour l'IPC insécurité alimentaire aiguë. Respectivement, le pays compte 519 zones de santé et 145 territoires en plus de 33 grandes villes. En filigrane de ce lien, l'on signale la persistance d'une situation nutritionnelle préoccupante avec une prévalence de malnutrition aiguë globale atteignant 8,2% dont 2,6% de cas de malnutrition sévère, mettant en danger la vie de millions d'enfants (1,3 million de cas sévères, MAS et 2,8 millions de cas modérés, MAM) et de femmes. Selon les résultats de l'enquête nationale de nutrition (ENN 2023), près de 47,9% d'enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique, soit plus de 11,2 millions d'enfants concernés. L'analyse IPC de l'insécurité alimentaire note un quart de la population du pays confrontée à des niveaux d'insécurité alimentaire de crise ou d'urgence (26,6 millions). De ce qui précède, et contrairement à l'IPC IAA, la présente analyse IPC MNA a recouru aux données des enquêtes, les tendances historiques en plus de facteurs contributifs tirés de l'IPC IAA, le DHS II, les bulletins de santé, le SNSAP, l'enquête EFSa, etc. Les résultats des analyses aiguës de l'IPC indiquent qu'en général, la prévalence de la malnutrition aiguë reste faible par rapport à celle de l'insécurité alimentaire aiguë dans les régions de l'est du pays, telles que les provinces du Tanganyika et le Sud-Kivu. Bien que la prévalence de la malnutrition aiguë soit inférieure à celle de l'insécurité alimentaire aiguë, la situation reste préoccupante dans le territoire Mambasa et Djugu, qui manquent d'activités liées à la nutrition en plus de l'activisme des groupes armés. Dans la province du Nord-Kivu, la prévalence de l'insécurité alimentaire aiguë reste plus élevée que celle de la malnutrition aiguë en général. En revanche, dans la province du Sud-Kivu, les classifications de la malnutrition aiguë sont faiblement alarmantes que celles de l'insécurité alimentaire aiguë dans les territoires de Kabare, Kalehe, Uvira, Fizi et Shabunda. Dans ces zones, la classification indique principalement la Phase 3 de l'IPC pour l'insécurité alimentaire aiguë et Phase 3 pour la malnutrition à l'exception de Kabare. Dans la province du Tanganyika, Sud-Kivu, Nord-Kivu, la prévalence projetée de la malnutrition aiguë présente une classification plus sévère (Phase 3 de l'IPC MNA) et de Phase 4 pour l'insécurité alimentaire aiguë.

Dans la région centrale du pays, la prévalence de la malnutrition aiguë dépasse celle de l'insécurité alimentaire aiguë. Dans les provinces du Kwango (zones de santé de Feshi, Kisanji, Mwela Lembwa, Kahemba, Kajiji, Kasongo Lunda, Kitenda, Panzi, Tembo, Wamba Lwadi, Boko, Kenge, Kimbau, Popokabaka), de Mai-Ndombe (zone de santé de Kwamouth), Sankuru (zones de santé de Bena-Dibele et Kole), Kasai Central, les résultats indiquent une situation nutritionnelle est plus préoccupante que l'insécurité alimentaire. Le taux global d'insécurité alimentaire aiguë est plus élevé au Kwango. La zone de santé de Kasongo Lunda est actuellement en phase 4, tandis que d'autres zones de santé devraient passer de la phase 2 à la phase 3. Il convient également de noter que le Haut Lomami (zones de santé de Kabongo et Kamina) et la Tshopo (zone de santé d'Isangi) ont une prévalence élevée de malnutrition aiguë, dépassant celle de l'insécurité alimentaire aiguë, ce qui correspond à la phase 4 de l'IPC MNA.

Des apports alimentaires inadéquats et des pratiques d'alimentation complémentaire (caractérisées par une faible diversité alimentaire et le respect du régime alimentaire minimum acceptable et de la fréquence minimale des repas) sont identifiés comme des facteurs importants de la malnutrition aiguë dans les zones ayant une classification IAA élevée au niveau territorial. La détérioration devrait être encore aggravée par une faible production alimentaire due à de faibles précipitations ou à des inondations, par l'inaccessibilité des aliments en raison du mauvais état des routes, et par l'inaccessibilité des aliments en raison des prix élevés et de la dépréciation du franc congolais par rapport au dollar américain. En revanche, dans les régions où la classification MNA est plus sévère que la classification IAA, les principaux facteurs contribuant à la malnutrition aiguë sont l'insuffisance des services de santé, en particulier en ce qui concerne la couverture vaccinale contre la rougeole et la supplémentation en vitamine A, ainsi que la mauvaise couverture de la PCIMA. En outre, l'apparition d'épidémies de rougeole, de choléra et de variole du singe, l'augmentation marquée des cas de diarrhée, le paludisme, les mauvaises conditions d'hygiène et le manque d'accès à l'eau potable ont été identifiés comme des facteurs contributifs significatifs.

Dans la majorité des territoires de l'est du pays, l'analyse des IAA a identifié les conflits et les déplacements de population comme les principaux chocs déterminants. Une détérioration de la malnutrition aiguë est prévue, car les personnes déplacées et la population en général sont touchées par une augmentation des cas de maladie, des pénuries alimentaires et un manque d'accès à la nourriture en raison du conflit en cours et de la détérioration des routes de desserte agricole, en particulier les routes d'approvisionnement entre Rutshuru, Butembo et Goma. En outre, des conflits intercommunautaires et des mouvements de population ont été observés au Kwango et à Mai-Ndombe, accompagnés d'une résurgence de l'insécurité liée aux milices.

La prévalence de la malnutrition aiguë et les schémas d'insécurité alimentaire aiguë sont similaires dans les Phases 2 et 3, qui ont été enregistrées dans les provinces de l'ouest, du centre et du sud du pays. Ces régions ne sont pas aux déplacements massifs de population. Cela pourrait s'expliquer par le niveau d'isolement de certaines régions du pays, le faible accès aux infrastructures de santé, les mauvaises conditions d'hygiène et le faible accès/utilisation d'aliments diversifiés en raison de la faiblesse ou de l'importance des précipitations et du mauvais état des routes.

Malgré la classification de la sécurité alimentaire comme situation de crise (Phase 3 de l'IPC IAA) dans certains territoires, de



nombreuses zones de santé ont été classées en Phase 2 de l'IPC MNA. Cela s'explique par la présence de facteurs de protection contre la malnutrition aiguë, notamment la prévalence de niveaux acceptables de bonnes pratiques ANJE, interventions nutritionnelles spécifiques pour le traitement et la prévention de la malnutrition aiguë par la distribution d'aliments nutritifs spécialisés (SNF), l'allaitement maternel exclusif et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans. En outre, l'introduction opportune d'une diversification alimentaire dans l'alimentation complémentaire semble contribuer à limiter la malnutrition aiguë globale chez les enfants. De même, certaines pratiques alimentaires adoptées par les ménages permettent d'atténuer les effets de l'insécurité alimentaire et de protéger les enfants contre la malnutrition aiguë. Il s'agit notamment des mécanismes communs de protection des plus vulnérables au sein du ménage, tels que les adultes qui réduisent leur alimentation au profit des enfants.

En revanche, dans la province de l'Ituri précisément dans le Territoire de l'Irumu, les zones de santé de Boga, Bunia, Gethy, Komanda, Nyakunde et de Rwampara sont classées en Phase 1 de l'IPC AMN pour la contairement à l'IPC AFI qui classe le Territoire de Irumu dans sa globalité en Phase 3 de l'IPC AFI. Cette divergence de niveau de sévérité s'explique par l'effet de la saisonnalité de la malnutrition aigüe, qui coïncide avec la saison basse de la malnutrition aigüe (juillet à décembre 2024) avec des prévalences tres faible de MAG < 5% associé à un niveau faible des facteurs de risque (83,0 % de taux d'allaitement exclusif, 86.4% pour le taux d'introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous et plus de 80% de couverture vaccinale contre la rougeole ainsi que la supplémentation en vitamine). En effet, l'insécurité alimentaire constitue un facteur de risque moyen dans la province mais ne parvient pas seule à influencer le niveau de sévérité de la situation nutritionnelle.

RECOMMANDATIONS POUR L'ACTION

Priorités de réponse

Dans l'ensemble des unités analysées dans ce cycle, la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans demeure préoccupante particulièrement pour les zones de la partie centrale du pays (Mai-Ndombe). Elles requièrent des interventions urgentes afin d'inverser les tendances de la malnutrition aiguë et de prévenir toute dégradation supplémentaire.

Toutefois, les seules interventions spécifiques à la nutrition ne sauraient suffire. Il est essentiel de renforcer une réponse multisectorielle intégrée visant à améliorer la fourniture de services sociaux de base de qualité par des interventions sensibles à la nutrition.

Il est donc recommandé de mettre en place les objectifs de réponse suivants :

Objectifs de réponse à court terme :

- Renforcer le programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) dans les structures de soins (UNTA et UNTI) pour réduire la malnutrition aiguë dans les zones de santé, les territoires et les provinces classés en Phase 3 et 4 de l'IPC MNA ;
- Assurer le continuum de soins de prise en charge de malnutrition aiguë (PCIMA : MAS/MAM) dans la zone concernée afin de réduire le taux de morbidité et de mortalité lié à la malnutrition
- Renforcer les mesures de surveillance et de prise en charge des maladies courantes (diarrhée, paludisme, IRA, rougeole) pour les mères et les enfants au niveau communautaire ;
- Renforcer les activités de communication pour le changement social et de comportement en faveur de bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles adaptées des femmes ;
- Promouvoir les pratiques d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) et certaines pratiques familiales essentielles (utilisation de la MILD) ;
- Renforcer les activités de vaccination de routine, la supplémentation en vitamine A et le déparasitage des enfants de moins de 5 ans ;
- Améliorer l'accès à l'eau potable, installer des infrastructures WASH (Puits améliorés, forages adaptés, Latrines) et renforcer la promotion des bonnes pratiques d'hygiène (dont le lavage des mains au savon) ;
- Intensifier les campagnes d'assainissement des milieux publics ;
- Assurer la stabilité des prestataires formés œuvrant dans la lutte contre la malnutrition au niveau des structures de santé et autres secteurs impliqués ;
- Amener le gouvernement à travers un plaidoyer à prendre en charge financièrement tous les personnels impliqués dans la lutte contre la malnutrition et améliorer leurs conditions de travail.

Objectifs de réponse à moyen et long terme

- Pérenniser la prise en charge et améliorer la couverture de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) dans toutes les structures de santé (UNTA et UNTI) en intrants nutritionnels et médicaments ;
- Assurer une formation continue et un soutien financier pour les relais communautaires et le personnel de santé afin de renforcer la surveillance et la prise en charge nutritionnelle ;
- Promouvoir une amélioration des indicateurs WASH par l'augmentation des infrastructures d'accès à l'eau et assainissement, en priorisant les zones où les taux de malnutrition sont les plus importants et des activités de communication efficace pour un changement de comportement sur l'hygiène ;
- Renforcer la sensibilisation sur le changement de comportement vis à vis de bonnes pratiques de soins et d'alimentation avec un accent particulier sur l'implication des hommes afin d'atteindre sa mise en pratique effective ;
- Diversifier les opportunités économiques pour les ménages afin de sécuriser et renforcer leurs ressources, en mettant l'accent sur les activités génératrices de revenus, surtout pour les femmes, afin de favoriser leur autonomisation socio-économique ;

- Assurer un système de protection sociale pour les enfants et les femmes enceintes et les femmes allaitantes (FEFA), dont la vulnérabilité à la malnutrition est accrue par les chocs liés aux mouvements de population et aux inondations ;
- Développer de projet conjoint Nutrition, sécurité alimentaire, sante et genre en tenant compte de facteurs déterminants
- Renforcer les réponses multisectorielles de lutte contre la malnutrition, en soutenant le coordination Mouvement SUN RDC ;
- Mener régulièrement des enquêtes SMART dans toutes les zones de santé pour obtenir une évaluation précise de la situation nutritionnelle dans les différentes unités d'analyse.

Activites de surveillance et d'actualisation de la situation

Afin de mettre en place un système de suivi efficace et utile des facteurs de risque, le GTT IPC et les partenaires Nutrition devront mettre en place un groupe de travail technique et une matrice de suivit des Facteurs de risques tel que décrit dans l'Annex 1 (ci-dessous).

Facteurs de risques a surveiller

Les facteurs suivants ont été identifiés comme des évènements à suivre de près contribuant à la malnutrition aiguë et peuvent de manière significative changer la situation prévisionnelle, il s'agit :

Morbidité endémique et maladies hydriques

Dans la majorité des provinces, la forte prévalence des maladies infantiles et hydriques (paludisme, infections respiratoires aiguës, diarrhées, dysenterie, choléra, etc.) constitue un déterminant majeur de la malnutrition aiguë, en particulier pendant la saison des pluies où l'incidence de ces pathologies augmente sensiblement. Ces épisodes répétés de morbidité pèsent sur l'état nutritionnel des enfants et sur les ressources économiques des ménages.

Flambées épidémiques

Les épidémies à potentiel nutritionnellement dévastateur, notamment la rougeole et le choléra, demeurent un facteur de risque structurant dans plusieurs provinces déjà touchées ou en alerte. La possibilité d'émergence ou de réémergence d'autres épidémies, comme la variole du singe, impose une surveillance accrue, compte tenu de la fragilité des systèmes de santé et de la faible couverture des services curatifs et préventifs dans certaines zones.

Sécurité alimentaire et production agricole des ménages

Les mauvaises perspectives agricoles liées à une répartition irrégulière des pluies, aux inondations récurrentes, à la prolifération de phytopathologies (par exemple la chenille légionnaire d'automne, la mosaïque du manioc) ainsi qu'à l'abandon des activités agricoles au profit d'activités extractives (exploitation minière artisanale) dans certaines zones, risquent de se traduire par une faible disponibilité alimentaire, l'épuisement des stocks et une dépendance accrue au marché. Plusieurs provinces, dont le Haut-Katanga, le Sud-Ubangi, l'Équateur, le Haut-Lomami, le Tanganyika, le Kasai Oriental et d'autres zones à vocation agricole, apparaissent particulièrement exposées.

Insécurité, conflits et mouvements de populations

La persistance de l'insécurité dans l'Est (présence de groupes armés, opérations militaires, conflits localisés) et les violences intercommunautaires dans certaines provinces de l'Ouest (Mai-Ndombe, Kwilu, Kwango, Tshopo) entraînent des déplacements massifs de populations, la pression sur les ressources naturelles locales, la perturbation des activités agricoles et l'accès limité aux services de base. La situation des réfugiés et déplacés, notamment dans le Bas-Uele et d'autres zones frontalières, nécessite une attention spécifique du fait de leur forte vulnérabilité nutritionnelle.

Eau, Hygiène et Assainissement (WASH)

Le faible accès à une eau potable sûre, la dégradation ou l'absence d'infrastructures d'assainissement améliorées et la faible pratique du lavage des mains au savon demeurent des facteurs aggravants. La contamination des points d'eau, en particulier lors des périodes de crue et d'inondation, ainsi que la dégradation saisonnière des indicateurs WASH dans plusieurs provinces, contribuent à l'augmentation des maladies hydriques et donc de la malnutrition aiguë.

Aléas climatiques, catastrophes naturelles et enclavement

Les phénomènes climatiques extrêmes (pluies intenses, crues, inondations, érosion, éboulements, voire éruption volcanique dans les zones concernées) affectent à la fois la production agricole, les stocks alimentaires et l'accessibilité physique aux structures de santé et aux marchés, en particulier dans les zones enclavées ou situées dans l'ancien « Grand Équateur » et certaines provinces de l'Est. Ces chocs peuvent provoquer des ruptures temporaires mais sévères dans l'accès aux soins et à l'alimentation.

Prix des denrées, inflation et pouvoir d'achat

L'augmentation et la volatilité des prix des denrées alimentaires et des produits de première nécessité – alimentées par les chocs de production, les contraintes d'approvisionnement et les fluctuations du taux de change – réduisent le pouvoir d'achat des ménages. Dans plusieurs provinces, il est observé que même lorsque le franc congolais s'apprécie face au dollar, cette amélioration ne se traduit pas par une baisse effective des prix au détail, ce qui maintient une pression élevée sur les budgets alimentaires des ménages et limite l'accès à une alimentation suffisante et diversifiée.

Fonctionnement et financement des services de santé et de nutrition

La continuité et la qualité de la prise en charge nutritionnelle sont fragilisées par plusieurs facteurs : fermetures temporaires de banques entravant la mise en œuvre opérationnelle des programmes, réduction ou désengagement de certains bailleurs (notamment la baisse de financements humanitaires), ruptures récurrentes de médicaments essentiels et d'intrants nutritionnels, et couverture encore limitée des services de récupération nutritionnelle dans certaines zones. Ces contraintes institutionnelles et financières risquent de limiter la capacité de réponse face à une hausse des admissions pour malnutrition aiguë.

PROCESSUS ET MÉTHODOLOGIE

Le cinquième cycle d'analyse IPC MNA s'est déroulé du 20 octobre au 06 novembre 2025 dans cinq pools en parallèle, dont 4 en mode présentiel (Kinshasa, Kananga, Bunia et Kalemie) 1 en virtuel (Beni). Les activités se sont déroulées en mode semi-présentiel avec un noyau de participants en présentiel (les analystes des villes de Kinshasa, Kananga, Bunia et Kalemie) tandis que les autres participants des provinces ont suivi la mini-formation (remise à niveau) pendant les 2 premiers jours et ce, du 20 au 21 octobre 2025 en mode virtuel (en ligne). Un facilitateur de l'Unité Globale de Soutien (GSU) de l'IPC, accompagné d'un facilitateur national et du point focal national IPC MNA, a animé la session de remise à niveau formation, ainsi que les analyses (du 22 au 28 octobre 2025) et la consolidation des résultats (du 04 au 06 novembre 2025). L'équipe d'analystes était divisée en 5 pools : (1) 30 analystes au total pour le pool de Kinshasa, dont 22 en salle (présentiel) et 8 en ligne (2 pour la province du Kwango, 1 pour la Tshopo, 2 pour le Sud-Ubangi, 1 pour le Nord-Ubangi et 2 pour la Mongala), (2) 20 analystes en ligne pour le pool de Beni (dont 7 pour la province du Sud-Kivu, 9 pour la province du Nord-Kivu et 2 pour la province du Maniema). Ainsi, 61 analystes ont travaillé en présentiel au niveau des chefs-lieux de pools et 25 en ligne, soit un total de 86 analystes. L'équipe d'analyses était composée d'experts pluridisciplinaires venus de plusieurs structures : la Primature (CAID), les Ministères de la Santé notamment le PRONANUT, de l'Agriculture, notamment le Service National des Statistiques Agricoles (SNSA) et le Programme de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (PROSANA), du Plan, notamment l'Institut National de la Statistique (INS), les institutions d'enseignement supérieur notamment l'Université de Kinshasa (UNIKIN) et l'Université de Kalemie (UNIKAL), le Cluster Nutrition, le Cluster Sécurité Alimentaire, ainsi que les ONGs internationales et nationales notamment Action Contre la Faim (ACF), REACH, MDA, COOPI, ACF, SCI,) et les Agences des Nations Unies (UNICEF, FAO, UNICEF).

Cette analyse a eu une couverture nationale des 327 unités, dont 313 zones de santé (ZS) sur les 519 que compte le pays; qui, liée à des contraintes de données, ont obligé à parfois regrouper les ZS au niveau des territoires (9 territoires au total dont 1 au Sud-Kivu et 8 dans la Tshopo), parfois au niveau des provinces (Haut-Lomami, Kasai, Sankuru, Kasai sans les 4 zones de santé du territoire de Luiza, ainsi que la province du Mai-Ndombe sans la zone de santé de Kwamouth dans le territoire portant le même nom). Notons que les zones de santé de 5 provinces n'ont pas été analysées faute de données, à savoir les provinces du Bas-Uélé, de la Tshuapa, du Kwilu, de Nord-Ubangi et du Maniema ; ainsi que 5 des 35 ZS de la ville-province de Kinshasa. La répartition des 327 Unités d'Analyses s'est fait de la manière suivante : (a) 20 provinces analysées au niveau ZS (toutes les ZS, soit au total 317 ZS=317 UA) ; (b) 1 province analysée au niveau territoire (9 territoires=9 UA) ; (c) 3 provinces analysées au niveau provinces (3 provinces = 3 UA) et d) 2 provinces avec quelques unités analysée au niveau des zones de santé (4 ZS dans le Kasai Central, 1 ZS dans le Mai-Ndombe) ou au niveau du territoire (le territoire de Kalehe dans la province du Sud-Kivu). Le détail de cette répartition apparaît dans le tableau de l'annexe 5.

Sources des données :

Les principales données utilisées dans cette session d'analyse proviennent de l'enquête nationale de nutrition (ENN 2023) collectée entre octobre 2023 et janvier 2024. Un travail minutieux sur la saisonnalité de la malnutrition aiguë basée sur les admissions PCIMA 2021-23 a permis d'appliquer les règles de temporalité (protocole 2.4) de manière indépendante pour chaque province et d'exploiter au maximum les résultats de l'ENN. De même, les résultats de l'ENN ont été désagrégés jusqu'au niveau ZS lorsque les effets grappes le permettait afin de désagréger l'analyse jusqu'au niveau ZS dès que le protocole 2.4 du manuel IPC MNA le permettait (situation homogène si effet de grappe < 1,3 et re-analyse si effet de grappe 1,3). Par ailleurs, lorsque disponibles, des enquêtes SMART parcellaires réalisées par des ONGs partenaires ont permis d'avoir dans de rares cas des données plus récentes pour le phasage des ZS couvertes par ces dernières. Pour la présente analyse IPC MNA, la situation actuelle couvre la période allant de juillet à décembre 2025 qui correspond à la période avec une baisse des cas de malnutrition aiguë et la période projetée qui s'étale de janvier à juin 2026 qui correspond à la période de hausse des cas de malnutrition. En plus des données issues de l'ENN 2023, plusieurs sources d'informations ont été utilisées pour améliorer la convergence des preuves et la classification de la sévérité de la situation nutritionnelle (données Historiques, EFSA 2025, Classification IPC IAA, SNSAP, DHIS2, données sur les morbidités, etc).

Limites de l'analyse :

En dehors des provinces humanitaires (Nord-Kivu, Sud-Kivu, Ituri et Tanganyika) qui ont bénéficié d'enquêtes récentes (enquêtes Smart et enquêtes JANFSA (EFSA avec module nutrition), les autres provinces analysées l'ont été sur la base des données historiques, dont notamment les résultats de l'enquête nationale de nutrition de 2023-2024 (dont les données ont été collectées en septembre 2023 pour la ville de Kinshasa, puis d'octobre à décembre pour la plupart des autres provinces et en janvier 2024 pour la province du Sankuru), qui en a constitué la principale source. Notons à cet effet qu'un travail sur la saisonnalité au niveau des 26 provinces avait permis de dégager un consensus technique sur une saisonnalité de la Malnutrition Aiguë au niveau nationale qui a permis de définir les périodes d'analyses courante et projetée. Cependant, cette saisonnalité se décline de manière hétérogène en fonction des provinces et des zones du pays avec environ la moitié des provinces qui semblent sujettes à des variations saisonnières et l'autre moitié qui semble moins sujette à cette saisonnalité nationale.

Malnutrition Aiguë Phase nom et description de la phase

Phase 1 Acceptable	Phase 2 Alerte	Phase 3 Sérieuse	Phase 4 Critique	Phase 5 Extrêmement critique
Moins de 5% des enfants sont malnutris aigus.	5-9,9% des enfants sont malnutris aigus.	10-14,9% des enfants sont malnutris aigus.	15-29,9% des enfants sont malnutris aigus. Les niveaux de mortalité et de morbidité sont élevés ou en	30% ou plus des enfants sont malnutris aigus. Une morbidité généralisée et/ou des déficits de consommation alimentaire très importants sont probablement manifestes.

Ce que sont l'IPC et l'IPC de la malnutrition aiguë::

L'IPC consiste en une série d'outils et de procédures qui servent à classer le niveau de sévérité et les caractéristiques des crises alimentaires et nutritionnelles aiguës de même que de l'insécurité alimentaire chronique d'après les normes internationales en vigueur. L'IPC se compose de quatre fonctions qui se renforcent mutuellement ; chacune d'elles s'accompagne d'un ensemble de protocoles (outils et procédures) spécifiques. Les paramètres fondamentaux de l'IPC comprennent l'établissement d'un consensus, la convergence des preuves, la redevabilité, la transparence et la comparabilité. L'analyse IPC vise à fournir des indications pour la réponse d'urgence de même que pour la politique de sécurité alimentaire et la programmation à moyen et long terme.

Pour l'IPC, la malnutrition aiguë se définit par toute manifestation de malnutrition dans une zone spécifiée à un moment donné et dont le niveau de sévérité menace des vies et/ou des moyens d'existence quelles qu'en soient les causes, le contexte ou la durée. La classification IPC de la malnutrition aiguë cherche à identifier les zones où il existe une grande proportion d'enfants malnutris aigus d'après la mesure de l'indice poids-pour-taille de préférence mais aussi du PB éventuellement.

Pour de plus amples informations, contacter :

Dr Bruno , BINDAMBA SENGE

Directeur du Programme National de Nutrition
bbindamba@gmail.com

Unité de soutien global IPC
www.ipcinfo.org

La classification de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition a été réalisée à l'aide des protocoles IPC, qui sont développés et mis en œuvre dans le monde entier par le partenariat mondial de l'IPC - Action contre la faim (AAH), CARE, Catholic Relief Services (CRS), le CILSS, le EC-JRC, la FAO, FEWS NET, le Cluster mondial de sécurité alimentaire, le Cluster mondial de nutrition, l'IFPRI, l'IGAD, IMPACT, Oxfam, le SICA, la SADC, Save the Children, le PNUD, UNICEF, le PAM, l'OMS et la Banque mondiale.

Cette analyse a été conduite sous le parrainage du ministère de la Santé). Elle a bénéficié du soutien technique et financier de la FAO, PAM, Cluster Nutrition/UNICEF, Save the Children.

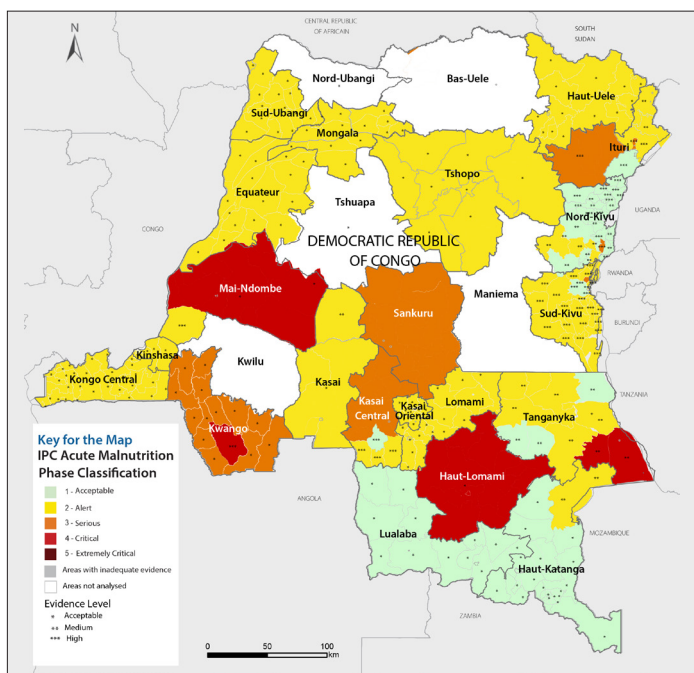
Partenaires de l'analyse IPC :





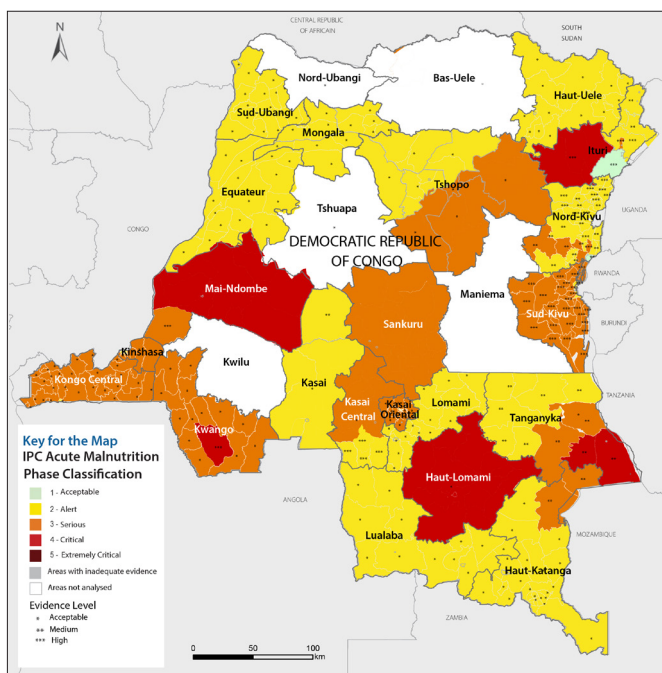
ANNEXE 2 : INFOGRAPHIE RESUME RESULTATS IPC MALNUTRITION AIGUË 2024

Situation actuelle de la malnutrition aiguë juillet – décembre 2025



00 (Unités d'Analyses) Extrêmement Critique AMN Phase 5
05 (Unités d'Analyses) Critique AMN Phase 4
19 (Zone de Santé) Sérieuse
220 (Unités d'Analyses) Alerte AMN Phase 2
83 (Unités d'Analyses) Acceptable AMN Phase 1
00 (Zones) Non-Analysées

Situation projetée de la malnutrition aiguë janvier – juin 2026



00 (Unités d'Analyses) Extrêmement Critique AMN Phase 5
06 (Unités d'Analyses) Critique AMN Phase 4
115 (Unités d'Analyses) Sérieuse AMN Phase 3
186 (Unités d'Analyses) Alerte AMN Phase 2
20 (Unités d'Analyses) Acceptable AMN Phase 1
00 (Zones) Non-Analysées

FACTEURS DÉTERMINANTS

	Apport alimentaire des enfants et des femmes est inadéquat
	Accès inadéquat à la nourriture
	Accès réduit aux latrines et sources d'eau potable améliorées
	Maladie Endémique (IRA & Paludisme) et Epidémique (Rougeole)
	Insécurité et déplacement




PROJECTION JANVIER – JUIN 2024

327 Zones de Santé Analysées	La malnutrition aiguë devrait	Se détériorer	161 Unités d'Analyses
		Rester stable	166 Unités d'Analyses
		S'améliorer	00 Unités d'Analyses




ENTRE JUILLET 2025 ET JUIN 2026

 4 183 150	 1 537 421	DANS LE BESOIN D'ACTION URGENTE	
Cases of children aged 6-59 months acutely malnourished	femmes enceintes ou allaitantes malnutries	nombre de cas de MAS* parmi les 6-59 mois	1 345 681
		nombre de cas de MAM* parmi les 6-59 mois	2 837 467




FACTEURS DE RISQUE DE LA MALNUTRITION AIGUE

		Provinces		Ituri											Kasai Oriental											Kasai Central									
		Zone de Sante (ZS)		Mambasa	Mangala	Mandima	Mungubwalu	Niania	Nizi	Kasai	Bipemba	Bibanga	Bonzola	Cilenge	Dibindi	Diulu	Kabeya	Kansele	Lubilangi	Lukelenge	Miabi	Mpokolo	Mukumbi	Muya	Nzaba	Kasansa	Tshilenge	Luambo	Luiza	Matshuika	Yangala				
Très Faible																																			
Faible																																			
Moyen																																			
Elevé																																			
Très Elevé																																			
Aucune donnée disponible																																			
	Diversité alimentaire minimale (MDD)																																		
	Apport alimentaire inadéquat																																		
	Fréquence minimale des repas (MMF)																																		
	Régime alimentaire minimal acceptable (MADA)																																		
	Maladies																																		
	Diarrhée																																		
	Dysenterie																																		
	Paludisme/Fievre																																		
	Infection Respiratoire Aiguë (IRA)																																		
	Prévalence du VIH/Sida																																		
	Choléra ou diarrhée aqueuse aiguë (DAA)																																		
Rougeole																																			
Accès inadéquat à la nourriture																																			
Résultat de l'analyse IPC Insécurité Alimentaire Aiguë (IAA)																																			
	Service de Sante																																		
	Allaitement maternel exclusif pour les moins de 6 mois																																		
	Poursuite de l'allaitement maternel entre 12 et 23 mois																																		
	Introduction de l'aliments solides, semi-solides ou mous																																		
	Initiation Précoce de l'allaitement																																		
	allaitement maternel exclusif pendant les 2 premiers jours (prise colostrum)																																		
	Prise du Colostrum																																		
	Vaccination contre la rougeole																																		
	Supplémentation en Vitamine A																																		
	Accès à des installations sanitaires améliorées																																		
	Accès à une source d'eau potable améliorée																																		
Dispositif de lavage de mains																																			

FACTEURS DE RISQUE DE LA MALNUTRITION AIGUE

		Provinces		Kwango													Maindombe	Mongala					North Kivu							
		Zone de Sante (ZS)		Boko	Feshi	Kajiji	Kahemba	Kajiji	Kasongo	Kenge	Kimbau	Kisandji	Kilenda	Mwelalembwa	Popokabaka	Panzi		Ttembo	Wamba	Binga	Boso Manzi	Lisala	Yambuku	Bumba	Alimbongo	Beni	Biena	Kayna	Mangurecjiba	Masereka
Très Faible																														
Faible																														
Moyen																														
Elevé																														
Très Elevé																														
Aucune donnée disponible																														
	Diversité alimentaire minimale (MDD)	[Color-coded cells]																												
	Apport alimentaire inadéquat	[Color-coded cells]																												
	Fréquence minimale des repas (MMF)	[Color-coded cells]																												
	Régime alimentaire minimal acceptable (MADA)	[Color-coded cells]																												
	Diarrhée	[Color-coded cells]																												
	Dysenterie	[Color-coded cells]																												
	Paludisme/Fievre	[Color-coded cells]																												
	Maladies	[Color-coded cells]																												
	Infection Respiratoire Aiguë (IRA)	[Color-coded cells]																												
	Prévalence du VIH/Sida	[Color-coded cells]																												
	Choléra ou diarrhée aqueuse aiguë (DAA)	[Color-coded cells]																												
Rougeole	[Color-coded cells]																													
Accès inadéquat à la nourriture		[Color-coded cells]																												
Résultat de l'analyse IPC Insécurité Alimentaire Aiguë (IAA)		[Color-coded cells]																												
	Service de Sante	[Color-coded cells]																												
	Allaitement maternel exclusif pour les moins de 6 mois	[Color-coded cells]																												
	Poursuite de l'allaitement maternel entre 12 et 23 mois	[Color-coded cells]																												
	Introduction de l'aliments solides, semi-solides ou mous	[Color-coded cells]																												
	Initiation Precoce de l'allaitement	[Color-coded cells]																												
	allaitement maternel exclusif pendnat les 2 premiers jours (prise colostrum)	[Color-coded cells]																												
	Prise du Colostrum	[Color-coded cells]																												
	Vaccination contre la rougeole	[Color-coded cells]																												
	Supplémentation en Vitamine A	[Color-coded cells]																												
	Acces a des installations sanitaires ameliorees	[Color-coded cells]																												
	Acces a de source d'eau potable ameliorees	[Color-coded cells]																												
Dispositif de lavage de mains	[Color-coded cells]																													

FACTEURS DE RISQUE DE LA MALNUTRITION AIGUE

		Provinces		Sud Kivu																										
		Zone de Sante (ZS)		Buniakiri	Idjwi	Itombwe	Haut Plateaux	Kabare	Kalehe	Kalonge	Kalole	Katana	Kaziba	Kamituga	Kaniola	Kittutu	Lemera	Lulingu	Mitimurhesa	Mubumbano	Minova	Mulungu	Mwenga	Mwana	Nyatende	Nyangezi	Ruzizi	Shabunda	Uvira	Walungu
 Apport alimentaire inadéquat		Très Faible																												
		Faible																												
		Moyen																												
		Elevé																												
		Très Elevé																												
Aucune donnée disponible																														
 Maladies		Diversité alimentaire minimale (MDD)																												
		Fréquence minimale des repas (MMF)																												
		Régime alimentaire minimal acceptable (MADA)																												
		Diversité alimentaire minimale – Femmes (MDD-W)																												
		Diarrhée																												
		Dysenterie																												
		Paludisme/Fievre																												
 Service de Sante		Accès inadéquat à la nourriture Résultat de l'analyse IPC Insécurité Alimentaire Aiguë (IAA)																												
		Allaitement maternel exclusif pour les moins de 6 mois																												
		Poursuite de l'allaitement maternel entre 12 et 23 mois																												
		Introduction de l'aliments solides, semi-solides ou mous																												
		Initiation Précoce de l'allaitement																												
		allaitement maternel exclusif pendant les 2 premiers jours (prise colostrum)																												
		Prise du Colostrum																												
Vaccination contre la rougeole																														
Supplémentation en Vitamine A																														
Accès à des installations sanitaires améliorées																														
Accès à une source d'eau potable améliorée																														
Dispositif de lavage de mains																														

