



GLOBAL
FINANCING
FACILITY

Countdown to 2030
Women's Children's & Adolescent's Health



African Population and
Health Research Center
Transforming lives in Africa through research.

RAPPORT DE SYNTHÈSE

ANALYSE DES INDICATEURS

SRMNIA-N 2020-2025

MALI

2026

Réunion annuelle nationale (CAM), Addis-Abeba, 29 juin – 3 juillet 2026

Countdown to 2030 en partenariat avec le ministère de la Santé de l'Éthiopie, le GFF, l'OMS, l'OOAS et l'UNICEF



#CAM2026



PRESENTED BY :

Mamadou BERTHE 1,
Oumar Dolo 2,
Ibrahim Terera 1,
Fatoumata Sidibé 1,
Fatoumata Bintou Traoré 1

1. Qualité des données et choix du dénominateur

Tableau 1 : Résumé de la qualité des données rapportées par les établissements de santé, DHIS2, 2020-2025

N°	Mésure de la qualité des données	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1. Complétude des rapports mensuels des établissements (moyenne des CPN, accouchements, vaccination consultation externe)							
1a	Pourcentage de rapports mensuels attendus de l'établissement (national)	97	97	97	98	97	100
1b	Pourcentage de districts dont les rapports sur les établissements de santé sont complets >= 90	93	94	90	92	94	100
1c	Pourcentage de districts ne présentant aucune valeur mensuelle manquante pour les 4 formulaires	81	77	78	78	76	100
type: 2. Valeurs extrêmes aberrantes (moyenne des CPN, accouchements, vaccination consultation externe)							
2a	Pourcentage des valeurs mensuelles qui ne sont pas des valeurs extrêmes aberrantes (national)	100	100	100	100	95	93
2b	Pourcentage de districts n'ayant pas de valeurs extrêmes aberrantes dans l'année	92	91	91	85	79	
type: 3. Cohérence des rapports annuels							
3a	Ratio CPN1 / Penta 1	0,97	1,04	0,98	1,07	1,13	1,02
3b	Ratio Penta 1 / Penta 3	1,15	1,11	1,13	1,11	1,10	1,13
3c	Pourcentage de districts avec un ratio CPN1 et penta1 compris dans l'intervalle attendue (entre 0,94 et 1,04)	27	31	28	37	28	23
3d	Pourcentage de districts avec un ratio penta1 et penta3 compris dans l'intervalle attendue (entre 1,11 et 1,21)	97	93	92	99	99	94
4	Score annuel de qualité des données	84	83	82	85	82	83

- La qualité globale des données est acceptable.
- Le pourcentage de districts dont le ratio CPN1/Penta1 se situe dans la fourchette attendue est très bas, compris entre 23 % et 37%, alors que la moyenne nationale est dans la fourchette attendue. Cette situation pourrait être expliquée par une mobilité des populations, une différence d'accès aux services entre la vaccination (gratuité, stratégie avancée et stratégie mobile) et la CPN et une sous-notification.
- La cohérence entre les premières et troisièmes doses de Penta est satisfaisante au niveau national entre 2020 et 2025 et le pourcentage de districts avec un ratio penta1 et penta3 compris dans l'intervalle attendu est très bon. Elle traduit une organisation coordonnée des activités de la vaccination de routine à travers des activités de stratégies avancées, mobiles et des contrôles de qualité des données dans différents districts lors des réunions mensuelles.
- Le score global de la qualité des données oscille entre 82 % et 85 %, avec un score de 83 % en 2025.

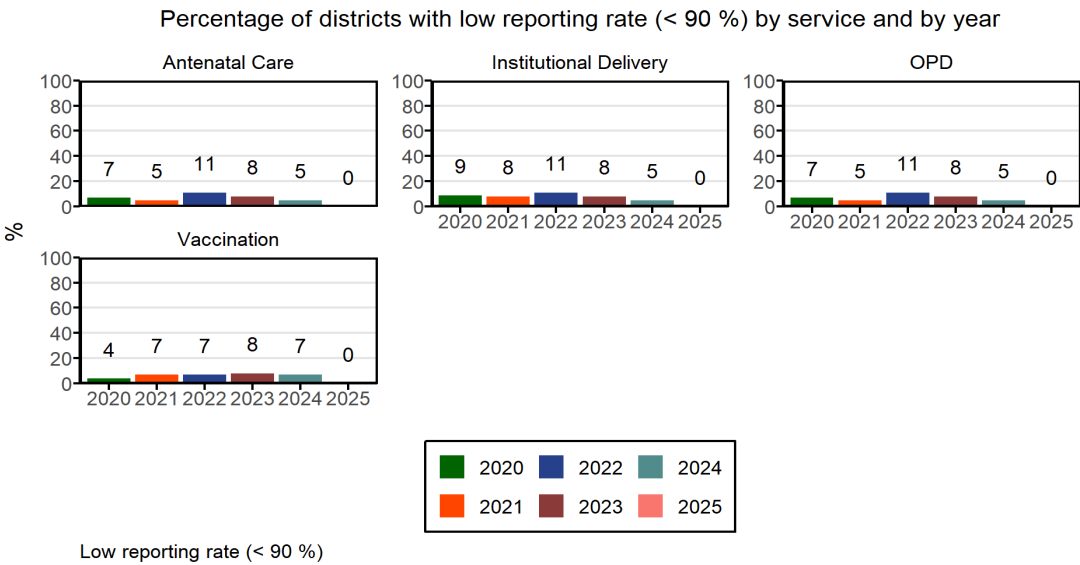


Figure 1 : Pourcentage de districts avec un faible taux de complétude (<90%) par service par an de 2019 à 2024, Mali

2. Choix du dénominateur

Naissances vivantes

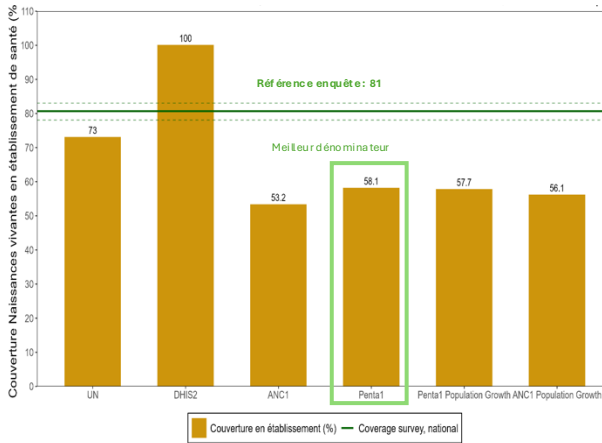


Figure 2 : Couverture des naissances vivantes dans les établissements de santé avec différents dénominateurs en 2025, Mali

Penta3

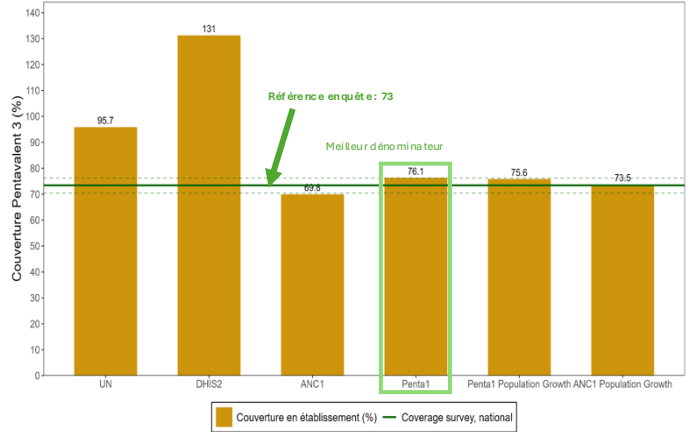


Figure 3 : Couverture en Penta 3 avec différents dénominateurs en 2025, Mali

Les meilleurs dénominateurs qui se rapprochent de la couverture des enquêtes sont l'ajustement du Penta 1 pour la couverture des naissances dans les établissements de santé et pour la couverture de vaccination en Penta3.

Naissances vivantes institutionnelles

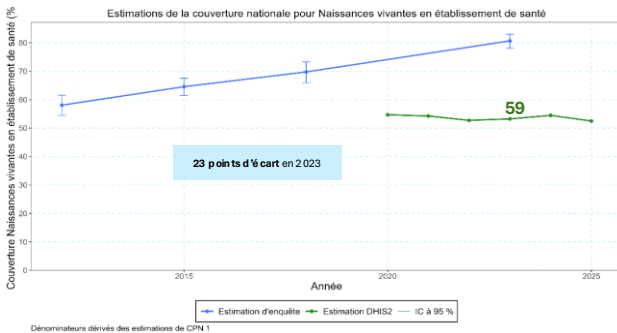


Figure 4 : Tendance de couverture des naissances vivantes selon les données d'enquête et du DHS2, 2020 à 2025, Mali.

Pentavalent 3 doses

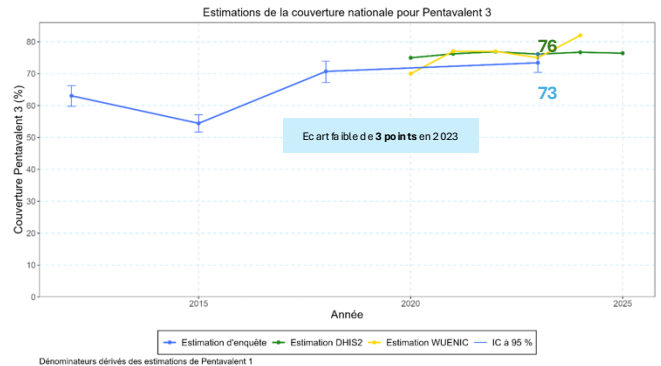


Figure 5 : Tendance de couverture en Penta3 selon les données d'enquête, du DHS2 et WUENIC, 2020 à 2025, Mali.

La couverture des naissances en établissement estimée par les enquêtes (EDS/MICS) a augmenté de façon continue, passant de 58 % en 2012 à 81 % en 2023. En revanche, la couverture issue du DHS-2 est restée stationnaire entre 2020 et 2025, autour de 53 %. Cette faible cohérence entre les deux sources peut être liée à une sous-notification des naissances dans le DHS2, la non prise en compte des données du secteur privé.

Bien que les enquêtes montrent une tendance positive, les données des établissements suggèrent que les niveaux de couverture restent insuffisants pour atteindre les cibles.

La couverture du Penta 3 des enquêtes (EDS/MICS) a augmenté de 63% à 74% de 2012 à 2023, après une baisse observée en 2015. La tendance de la couverture du Penta3 du DHS2 est restée relativement stable entre 75 % et 77 % de 2020 à 2025. Cependant, on observe une bonne cohérence entre les tendances de couverture du DHS2 et celles des Nations Unies, bien qu'elles soient légèrement plus élevées en 2024 (82 %). Ainsi, la cohérence entre les données des établissements, les enquêtes et les estimations des Nations Unies est globalement bonne.

Cependant, les niveaux de couverture restent inférieurs à la cible de 90 %, même si la tendance observée est positive.

Objectifs de couverture élevée : Indicateurs santé infantile

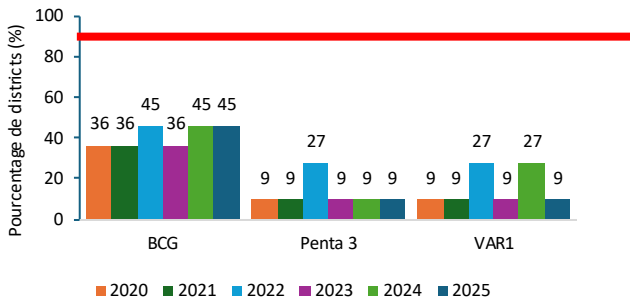


Figure 6 : Pourcentage de districts avec une couverture vaccinale supérieure à 80 %, de 2020 à 2025, au Mali.

Pour le BCG, les proportions des régions ayant atteint 80% de couverture. Les proportions ont augmenté entre 2020 et 2022, avant de diminuer en 2023, puis est remontée en 2024-2025. Pour le Penta 3 et la VAR1, les proportions de régions ayant atteint la cible sont restées faibles (très inférieures à 80%) pour toutes les années. Cependant on note une augmentation pour la VAR1 de cet indicateur en 2022 et 2024.

Continuum des soins : Indicateurs santé maternelle

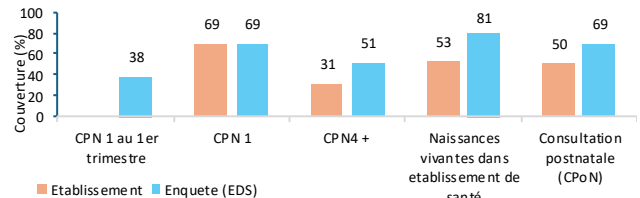


Figure 7 : Pourcentage des indicateurs du continuum de soins de santé maternelle en selon les dernières données des établissements et des enquêtes en 2025, Mali

La comparaison entre les données des établissements de santé et celles des enquêtes (EDS/MICS) montre une cohérence pour la CPN1 (69%). La CPN au premier trimestre est un indicateur mesuré par les enquêtes et non collecté en routine au Mali, donc on ne peut pas mesurer sa cohérence. La couverture de la CPN4+ pour l'enquête de 2023 est plus élevée que celle des données de routine (51 % vs 31%), soit un écart d'environ 20 points de pourcentage. Ce qui montre une faible cohérence entre les deux sources. Cet écart peut refléter une sous-notification des consultations prénatales dans le DHS2, des pertes de suivi de femmes au cours de la grossesse qui peuvent s'expliquer entre autres par la situation sécuritaire dans certaines régions qui n'arrivent pas à transmettre les données pendant certaines périodes.

3. Équité : nationale et sous-nationale

Couverture de naissance vivante dans les établissements

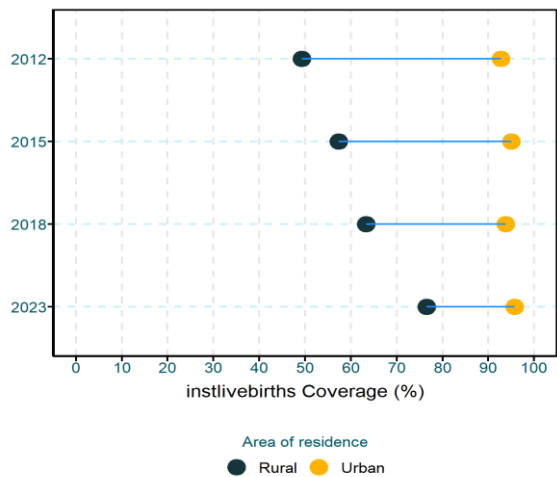


Figure 8 : Couverture de naissance vivante dans les établissements de santé par milieu de résidence, selon les données de l'EDS 2012-2023

Diminution des inégalités entre le milieu urbain et rural entre 2012 et 2023.

Couverture de penta 3

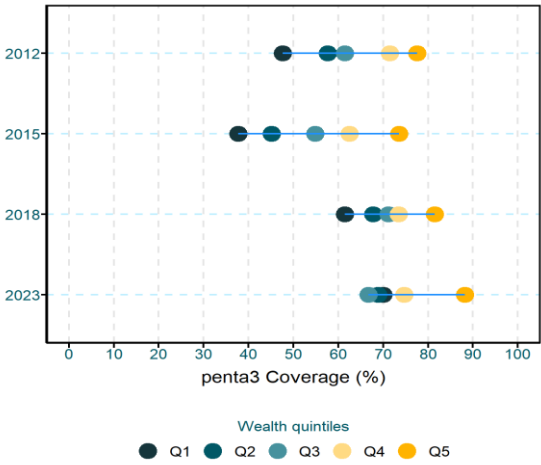


Figure 9 : Couverture des Penta3 selon le quintile de bien-être 2012 à 2023, Mali

Diminution des inégalités entre les plus pauvres et les plus riches entre 2012 et 2023.

4. Inégalités géographiques : données des établissements de santé

Pentavalent 3 doses

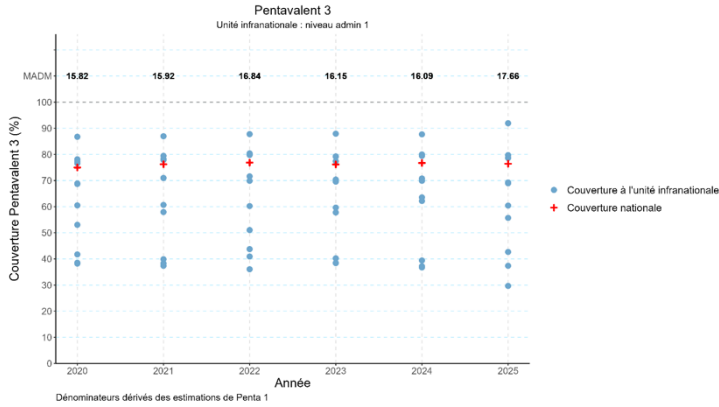


Figure 10 : Inégalité de la couverture des Penta 3 par région de 2020 à 2025, Mali

- La couverture nationale de Penta 3 a connu une légère augmentation, passant de 76% en 2020 et 78% en 2025.
- Au niveau infranational, il y a une dispersion importante entre les régions avec un écart absolu moyen par rapport à la médiane (MADM) autour de 16%, excepté la période de 2025 (17,66%).
- Les régions présentant les meilleures performances sont Bamako, Sikasso et les moins bonnes performances sont Taoudenni et Tombouctou

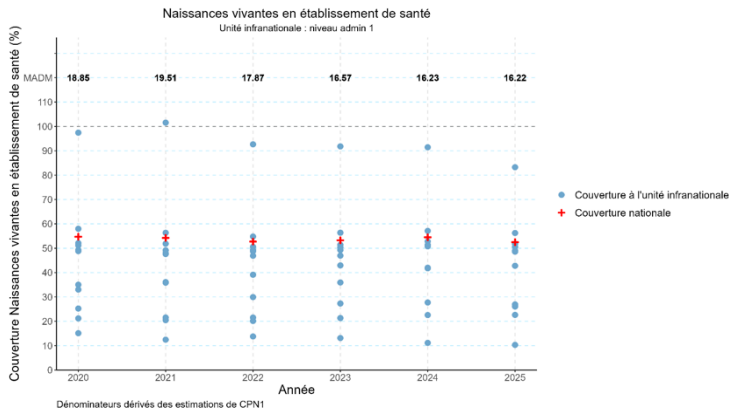


Figure 11 : Inégalité de la couverture des naissances vivantes par région de 2020 à 2025, Mali

- La couverture nationale des naissances vivantes en établissement de santé varie de 53% à 56% entre 2020 et 2025.
- Au niveau infranational, il y a des disparités entre les régions.
- Les estimations de la MADM (écart absolu moyen par rapport à la médiane) des naissances vivantes passent de 18,85% en 2020 à 16,22% en 2025.

5. Tendances de la mortalité dans les établissements de santé

Ratio de mortalité maternelle dans les établissements de santé

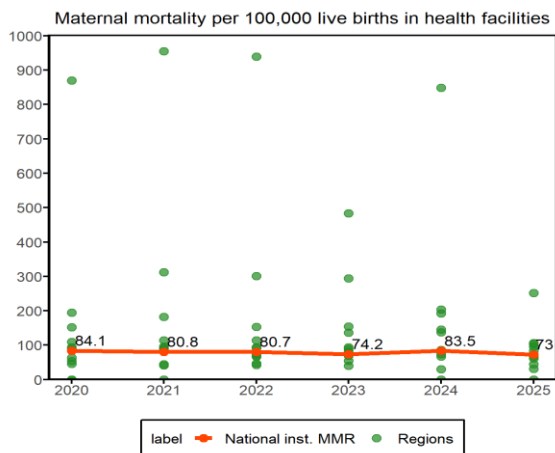


Figure 12 : Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes dans les établissements de santé, sur la base des données déclarées dans le DHIS2

- En 2025, les trois régions ayant les ratio de mortalité maternelle dans les établissements (iMMR) de santé les plus élevés sont : Sikasso (151 pour 100 000), Kayes (91 pour 100 000), Bamako (75 pour 100 000).
- De 2020 à 2025, l'iMMR a connu une diminution, allant 84 à 73 décès pour 100 000 naissances vivantes.
- Certaines régions présentent des iMMR proches de l'estimation nationale, généralement compris entre 50 et 150. Toutefois, on note des valeurs extrêmes allant de 29 (Koulikoro) à 950 (Ménaka) décès pour 100 000 naissances vivantes.

Rapport mortalité-naissances / décès maternels dans les données des établissements de santé au niveau national

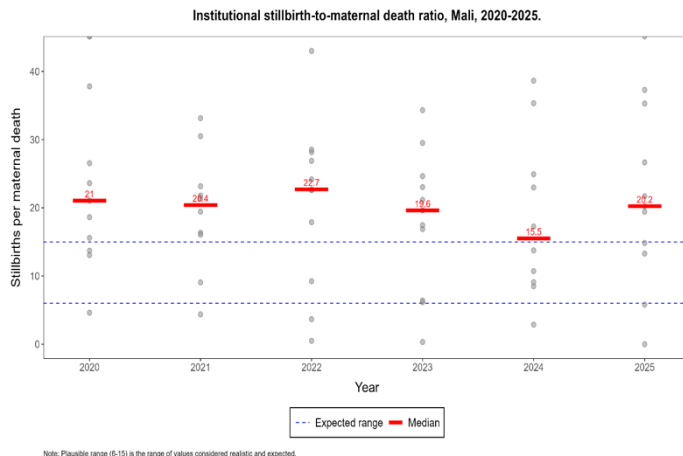


Figure 13 : Rapport entre les mortinaissances et les décès maternels dans les établissements de santé, sur la base des données déclarées dans le DHIS2

Le ratio national entre les mortinaissances et les décès maternels en établissement est resté stationnaire entre 2020 et 2025. La médiane annuelle variait de 19,6 à 22,7 mortinaissances par 1000 décès maternels, soit des valeurs supérieures à la plage attendue (6–15). On note des disparités régionales, avec plusieurs ratios supérieurs à 25 et quelques ratios inférieurs à 6.

En 2025, les régions ayant le ratio de mortalité maternelle le plus élevé sont : Ségou (37,3), Koulikoro (35,3) et Mopti (26,7).

Ces valeurs élevées peuvent suggérer une sous-notification des décès maternels par rapport aux mortinaissances, ou des problèmes de qualité des données nécessitant une investigation plus approfondie.

Complétude du Ratio de mortalité maternelle dans les établissements de santé basé sur les estimations des Nations Unies, dans les établissements et la communauté

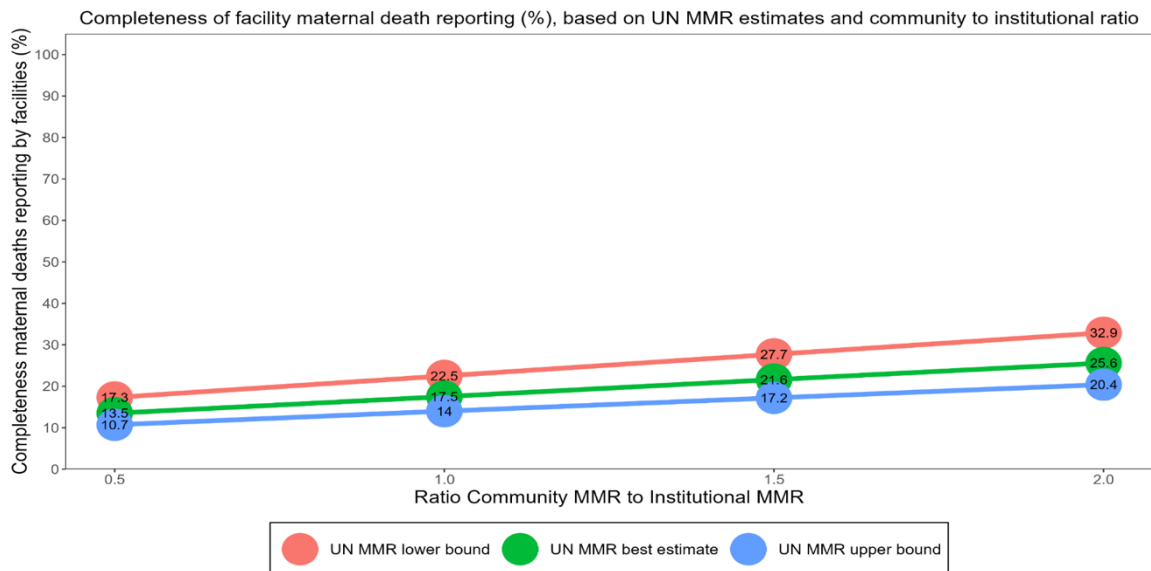


Figure 14 : Exhaustivité de la déclaration des décès maternels dans les établissements (%), sur la base des estimations du RMM de l'ONU et du ratio communauté / établissement

L'exhaustivité de la déclaration des décès maternels dans les établissements variait de 10,7 % à 32,9 % selon les hypothèses retenues pour les estimations du ratio de mortalité maternelle des Nations Unies (MMR) et le ratio entre la mortalité maternelle communautaire et institutionnelle (Figure 9d). En utilisant l'estimation centrale des Nations Unies, l'exhaustivité était comprise entre 13,5 % et 25,6 %.

Pour un même ratio, les estimations diffèrent selon le niveau du RMM utilisé : la RMM (rouge) conduit aux estimations de complétude des plus élevées (17,3 % à 32,9 %).

Le principal enseignement est que la complétude de la notification des décès maternels en établissement demeure faible dans tous les scénarios testés, ne dépassant pas 33 %, même dans l'hypothèse la plus favorable. Cela suggère qu'une proportion importante des décès maternels survenus dans les établissements de santé n'est probablement pas capturée par le système de notification.

5. Utilisation des services curatifs et hospitaliers

Utilisation des services consultations curative externes

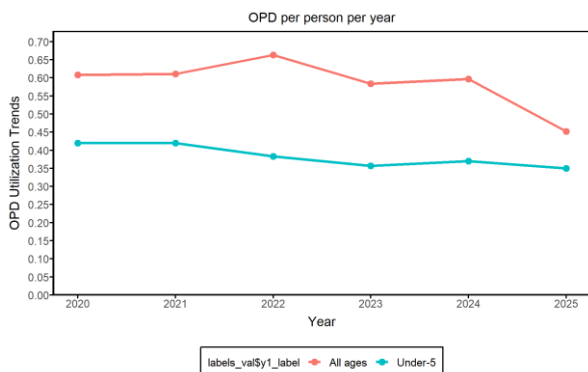


Figure 15 : Utilisation des services de consultation curative externes des enfants de moins de 5 ans et de tout âge de 2020 à 2025 au Mali

- En 2025, le nombre moyen de consultations ambulatoires OPD chez les enfants de moins de 5 ans est 0,35 consultation par enfant et par an. Ce niveau est nettement inférieur au seuil de 1 visite par enfant et par an, ce qui suggère un faible accès ou une faible utilisation des services curatifs ambulatoires pour les enfants malades.
- Cette situation pourrait s'expliquer par les barrières géographiques, financières, sécuritaires ou socioculturelles, mais aussi une sous-notification possible des consultations dans le système d'information sanitaire.

Taux de létalité parmi les admissions des enfants

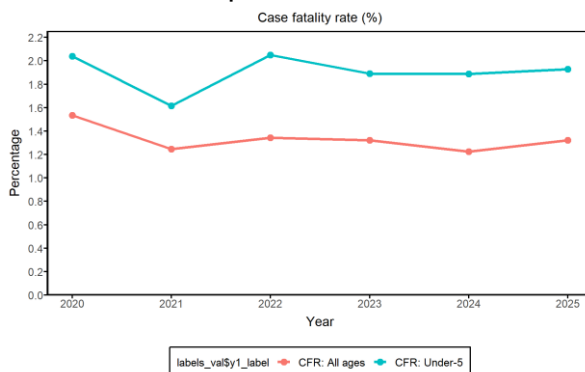


Figure 16 : Taux de létalité parmi les admissions des enfants de moins 5 ans de 2020 à 2025 au Mali

- En 2025, le taux de létalité (CFR) chez les enfants de moins de 5 ans s'établit à environ 2,1 %, contre 1,5 % pour l'ensemble de la population, un écart qui se maintient sur toute la période 2020-2025.
- Après une baisse en 2021 et un pic en 2022, les deux courbes se stabilisent entre 2023 et 2025 autour de 1,9 % chez les moins de 5 ans et 1,3 % pour l'ensemble de la population. Ce niveau reste supérieur aux seuils habituellement considérés comme acceptables, ce qui suggère une prise en charge tardive ou insuffisante des cas graves dans cette tranche d'âge.

Utilisation des services par région

Utilisation des services consultations curative externes par région

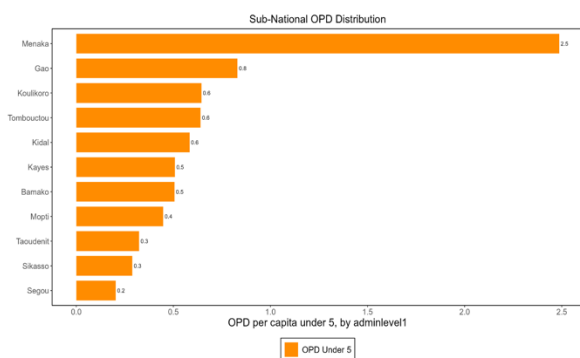


Figure 17 : Utilisation des services de consultation curative externes des enfants de moins de 5 ans et de tout âge de 2020 à 2025 par région au Mali

Utilisation des services d'hospitalisation des enfants par région

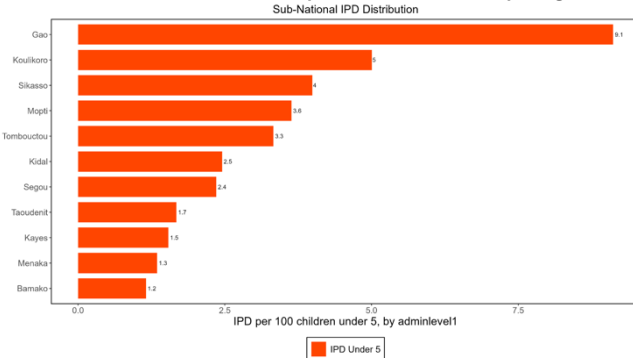


Figure 18 : Utilisation des services d'hospitalisation des enfants de moins de 5 ans et de tout âge de 2020 à 2025 par région au Mali

Pour l'OPD, Ménaka atteint 2,5 consultations par enfant/an, contre seulement 0,2 à Ségou, soit un écart de 2,3 consultations et un rapport d'environ 12,5 fois.

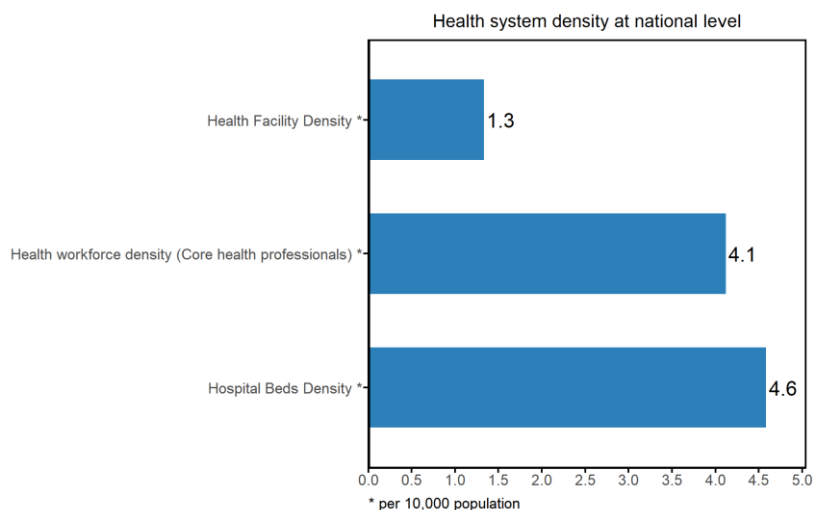
Cette différence pourrait et doit être interprétée à la fois comme une inégalité d'utilisation et comme un possible signal de qualité des données.

Pour l'IPD, Gao atteint 9,1 admissions pour 100 enfants, contre 1,2 à Bamako, soit un écart de 7,9 admissions et un rapport d'environ 7,6 fois.

La faible valeur de Bamako est particulièrement surprenante compte tenu de la concentration des structures de référence dans la capitale.

7. Progrès et performance du système de santé

Intrants du système de santé

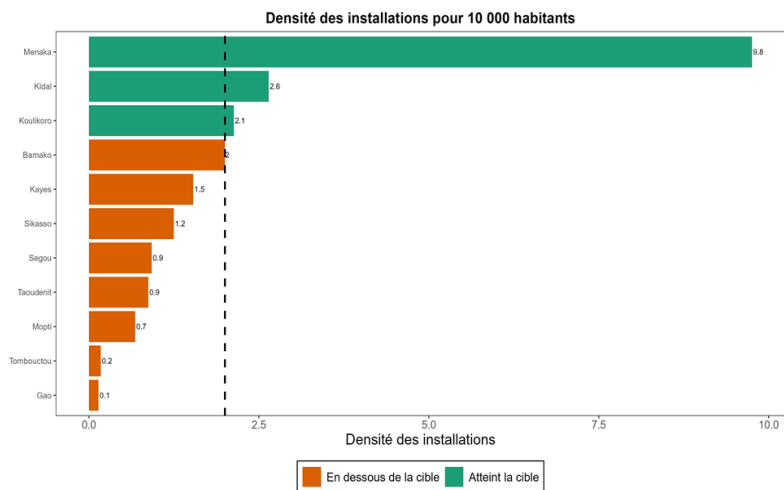


Les trois intrants du système national de santé ont tous des densités inférieures aux indices de référence :

- Densité des établissements de santé < 2 pour 10 000 habitants
- Densité du personnel de santé (professionnels de la santé) < 23 pour 10 000 habitants
- Densité de lits d'hôpitaux < 25 pour 100 000 habitants
- La faible densité des établissements de santé (1,3 pour 10 000 habitants) signifie que de nombreuses populations, notamment rurales, peuvent être éloignées des services de santé. Cela augmente les retards dans l'accès aux soins d'urgence obstétricaux et néonataux, ce qui accroît le risque de décès maternels et infantiles.

Figure 19 : Densité des intrants du système de santé au niveau national 2025, Mali

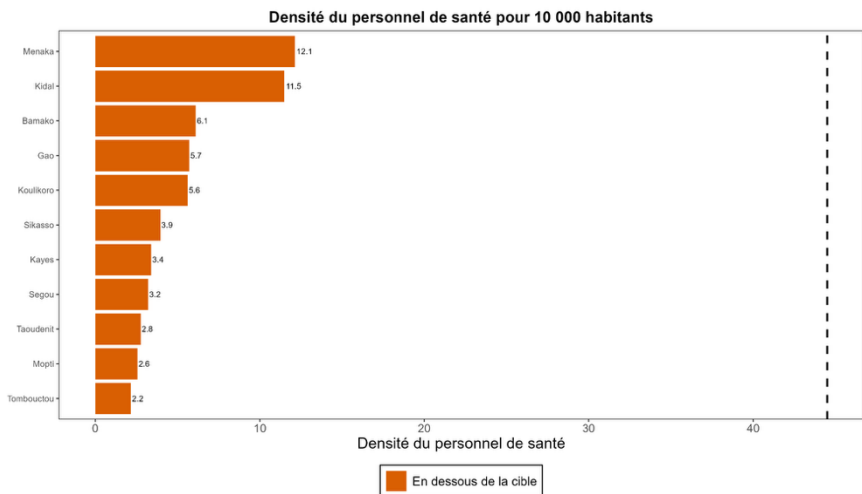
Intrants du système de santé par région



La densité des établissements de santé varie fortement selon les régions. Seuls Ménaka (9,8), Kidal (2,6) et Koulikoro (2,1) dépassent la cible de 2 établissements pour 10 000 habitants, tandis que Bamako l'atteint exactement (2,0). Toutes les autres régions restent en dessous de ce seuil. Ces disparités peuvent refléter des différences d'investissement ainsi que des contraintes géographiques ou sécuritaires.

Il convient toutefois de noter que cette densité dépend également de la taille de la population : une région peu peuplée peut afficher une densité élevée avec peu d'établissements, alors qu'une région très peuplée comme Bamako peut disposer d'un grand nombre d'établissements mais d'une densité plus faible.

Figure 20 : Densité des établissements de santé pour 10 000 habitants au niveau régional, 2025, Mali



L'analyse du graphique montre qu'aucune région n'atteint la norme de 45 agents de santé pour 10 000 habitants. Les écarts entre régions sont importants. Les régions les plus peuplées ne sont pas forcément les mieux dotées. Par exemple, Bamako présente 6,1 agents pour 10 000 habitants, un niveau supérieur à celui de plusieurs régions, mais encore très loin de la cible internationale. Cela peut s'expliquer par une population importante qui réduit la densité malgré un nombre élevé de professionnels.

Figure 21 : Densité de personnel de santé pour 10 000 habitants au niveau régional, 2025, Mali

COUNTDOWN TO 2030

COUNTRY ANNUAL MEETING

CAM 2026



JUIN 2026