



RECRUTEMENT D'UN CABINET / CONSULTANT INDIVIDUEL POUR LA RÉALISATION DE L'ENQUÊTE DE FIN DE CAMPAGNE DE LA CHIMIOPREVENTION DU PALUDISME SAISONNIER 2026 AU TOGO

Termes de référence

1. Contexte et justification

Le paludisme demeure l'un des principaux problèmes de santé publique à l'échelle mondiale, avec une charge particulièrement élevée en Afrique subsaharienne. Selon le World malaria report 2025 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), environ 282 millions de cas de paludisme et 610 000 décès ont été estimés dans le monde en 2024. La Région africaine de l'OMS concentrait à elle seule environ 94 % des cas et 95 % des décès liés à la maladie (WHO, 2025).

Au Togo, le paludisme demeure endémique malgré les progrès enregistrés au cours des dernières années. Entre 2015 et 2021, l'incidence du paludisme a diminué de près de 40 % et la mortalité de près de 50 % (PNLP, 2023 ; WHO, 2022). Toutefois, la transmission reste importante. L'Enquête sur les indicateurs du paludisme au Togo (EIP) 2020 a rapporté une prévalence parasitaire de 35,5 % chez les enfants âgés de 6 à 59 mois (Ministère de la Santé & INSEED, 2021).

En 2022, le taux de confirmation parmi les cas suspects de paludisme était de 64 % chez les enfants de moins de 5 ans, 60 % chez les personnes âgées de 5 ans et plus et 42 % chez les femmes enceintes. La mortalité proportionnelle attribuable au paludisme était de 10,2 %, avec un taux de létalité de 2,10 %. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes représentaient respectivement 32 % et 4 % des cas confirmés de paludisme simple enregistrés dans les formations sanitaires (PNLP, 2023). Au-delà de ses conséquences sanitaires, le paludisme entraîne également d'importantes répercussions socioéconomiques pour les ménages, les communautés et le système de santé.

La lutte contre le paludisme contribue directement à l'atteinte de l'Objectif de développement durable 3 (ODD 3), qui vise notamment à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être à tout âge. Afin de réduire davantage le fardeau du paludisme chez les enfants vivant dans les zones où la transmission est fortement saisonnière, l'OMS recommande depuis 2012 la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) comme une intervention sûre et efficace, complémentaire aux autres stratégies de lutte contre le paludisme (WHO, 2023).

La CPS consiste en l'administration intermittente d'un traitement antipaludique complet aux enfants exposés à un risque élevé de paludisme grave vivant dans des zones caractérisées par une transmission saisonnière. Elle repose principalement sur l'association de la sulfadoxine-pyriméthamine et de l'amodiaquine (SPAQ), administrée à intervalles 28 jours pendant la période de forte transmission du paludisme (WHO, 2023). Dans le cadre de sa mise en œuvre, la sulfadoxine-pyriméthamine associée à la première dose d'amodiaquine est administrée le premier jour, généralement sous observation directe du distributeur communautaire, tandis que les deuxième et troisième doses d'amodiaquine sont administrées à domicile par les parents ou gardiens de l'enfant.

Le Togo a intégré la CPS à sa politique nationale de lutte contre le paludisme en avril 2013. Après plusieurs éditions de mise en œuvre, le pays dispose aujourd'hui d'une expérience importante de cette intervention. En 2026, la CPS couvre l'ensemble des districts sanitaires des régions des Savanes, de la Kara et Centrale, ainsi que quatre districts de la région des Plateaux. Plusieurs innovations ont progressivement été intégrées à la plateforme CPS, notamment la digitalisation des opérations, la recherche des enfants zéro dose et incomplètement vaccinés ainsi que la mise en place d'un dispositif de Data Managers visant à renforcer le suivi et la qualité des données.

Aux côtés de l'UNICEF, du Fonds mondial et de REACH Malaria, Malaria Consortium accompagne le ministère chargé de la Santé dans la mise en œuvre de la CPS au Togo, à travers un appui visant notamment à renforcer la qualité de l'intervention. Depuis l'édition 2024, la plateforme CPS intègre également la recherche et l'identification des enfants zéro dose et incomplètement vaccinés, avec l'appui de Malaria Consortium. Cette approche permet de mettre à profit les contacts communautaires créés par la CPS pour contribuer à l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants.

La plateforme CPS constitue également une opportunité pour renforcer le suivi de la vaccination contre le paludisme. En effet, le Togo a introduit en septembre 2025 le vaccin antipaludique R21/Matrix-M dans son Programme élargi de vaccination (PEV). Dans ce contexte, les activités communautaires de la CPS peuvent contribuer à l'identification et à l'orientation des enfants éligibles n'ayant pas encore reçu toutes les doses requises du vaccin antipaludique.

La campagne CPS 2026 se déroule de juin à novembre 2026. Sur la base des données préliminaires issues de la nouvelle stratification du risque palustre, le calendrier de mise en œuvre est organisé en deux zones afin de tenir compte des variations de la saisonnalité de la transmission :

Zone 1 : le premier cycle est organisé en juin 2026 et le cinquième cycle en octobre 2026. Cette zone comprend les régions de la Kara, Centrale et Plateaux ;

Zone 2 : le premier cycle est organisé en juillet 2026 et le cinquième cycle en novembre 2026. Cette zone comprend la région des Savanes.

Ce calendrier différencié nécessite une coordination anticipée et rigoureuse de l'enquête de couverture post-campagne, appuyée par Malaria Consortium, afin d'apprécier la qualité de la mise en œuvre de la CPS 2026. L'enquête permettra notamment d'évaluer le niveau de couverture atteint, l'adhésion au traitement, la qualité de l'administration des doses, ainsi que d'autres dimensions essentielles de la mise en œuvre de l'intervention.

Compte tenu du décalage du calendrier entre les deux zones, une attention particulière devra être accordée à la planification de la collecte des données afin que celle-ci soit réalisée dans les 28 jours suivant le dernier cycle de CPS dans chacune des zones concernées. Cette exigence implique une organisation adaptée du déploiement des équipes d'enquête et de l'ensemble du dispositif de collecte, de supervision, de contrôle de la qualité et d'analyse des données.

C'est dans ce contexte que les présents termes de référence sont élaborés. Ils définissent les modalités de recrutement d'un consultant ou d'un cabinet chargé de réaliser l'enquête de couverture de la campagne de chimioprévention du paludisme saisonnier 2026 au Togo, conformément au protocole et aux standards de qualité définis pour cette enquête.

2. Objectifs de la mission de consultance

2.1. Objectif général

L'enquête vise à mesurer les principaux indicateurs de couverture et de qualité de la CPS dans les quatre régions de mise en œuvre, à évaluer l'identification des enfants zéro dose et incomplètement vaccinés, et à produire des données valides, pertinentes et comparables permettant au Programme

national de lutte contre le paludisme (PNLP) et à ses partenaires d'améliorer la qualité de l'intervention.

Compte tenu de l'importance de la qualité des données pour la prise de décision et l'évaluation des performances du programme, le consultant ou le cabinet proposera également une méthodologie permettant d'apprécier l'efficacité du dispositif des data managers et sa valeur ajoutée. Une note descriptive relative à leur rôle est jointe aux présents termes de référence.

2.2. Objectifs spécifiques

Plus précisément, l'enquête permettra de mesurer et de documenter les éléments suivants :

❖ Couverture et qualité de la CPS chez les enfants éligibles âgés de 3 à 59 mois

- Couverture par dose de SPAQ : proportion d'enfants de 3 à 59 mois ayant reçu la première dose de SPAQ par un distributeur communautaire, ainsi que les deuxième et troisième doses d'Amodiaquine administrées à domicile ;
- Couverture de la CPS à chaque cycle : proportion d'enfants éligibles ayant reçu la SPAQ au cours de chaque cycle ;
- Couverture complète de la CPS : proportion d'enfants éligibles ayant reçu les 5 doses de SPAQ au cours des cinq cycles de la campagne.
- Niveau de respect de :
 - l'administration sous observation directe de la première dose de SPAQ par les distributeurs communautaires et
 - l'administration des deuxième et troisième doses d'amodiaquine à domicile.

❖ Sources des médicaments de la CPS

- Proportion d'enfants ayant reçu les médicaments de la CPS par les canaux prévus, notamment la distribution porte-à-porte par les distributeurs communautaires désignés ;
- Proportion d'enfants ayant reçu les médicaments de la CPS par d'autres sources : membres de la famille, vendeurs de médicaments, points fixes de distribution, etc.

❖ Couverture et sources de la CPS chez les enfants non éligibles

- Proportion d'enfants âgés de 60 à 119 mois ayant reçu des médicaments de la CPS ;
- Sources d'approvisionnement en médicaments de la CPS chez les enfants non éligibles âgés de 60 à 119 mois.

❖ Carte CPS

- Niveau de conservation des cartes CPS par les parents ou gardiens des enfants éligibles.
- Complétude de l'enregistrement des doses administrées sur les cartes CPS ;
- Couverture de la CPS au cinquième cycle selon les informations inscrites sur les cartes CPS.

❖ Sensibilisation, connaissances et perceptions de la CPS chez les parents ou gardiens d'enfants

- Niveau de connaissance de l'objectif de la CPS ;
- Niveau de connaissance de l'âge d'éligibilité et de son importance, de la nécessité d'administrer les deuxième et troisième doses d'amodiaquine et des effets indésirables possibles ;
- Niveau d'acceptabilité de la CPS et confiance accordée à l'intervention et aux acteurs chargés de sa mise en œuvre ;
- Niveau de refus de la CPS chez les parents ou gardiens d'enfants éligibles ;
- Soutien à l'administration des médicaments de la CPS et comportements facilitant l'administration complète de la SPAQ aux enfants de 3 à 59 mois.

❖ Innocuité et pharmacovigilance

- Survenue d'événements indésirables à la suite de l'administration des médicaments de la CPS ;

- Niveau de déclaration des événements indésirables après l'administration des médicaments de la CPS.
- ❖ **Couverture et utilisation d'autres interventions de lutte contre le paludisme**
 - Possession de moustiquaires par les ménages et utilisation des moustiquaires par les enfants;
 - Recours à la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent, le cas échéant.
 - Recours à l'assainissement du milieu (désherbage, destruction de gîtes larvaires, ...)
- **Épisodes de fièvre ou de paludisme et recours aux soins**
 - Prévalence des épisodes de fièvre ou de paludisme rapportés par les parents ou gardiens au cours de la période précédant l'enquête ;
 - Proportion d'enfants fébriles ayant fait l'objet d'un recours aux soins et d'un test de dépistage du paludisme ;
 - Proportion d'épisodes rapportés avec un résultat positif au test de diagnostic rapide (TDR) ;
 - Proportion d'enfants ayant présenté un épisode de fièvre ou de paludisme et ayant reçu un traitement antipaludique.
- ❖ **Recherche des enfants zéro dose et incomplètement vaccinés**
 - Couverture vaccinale par antigène/dose ;
 - Proportion d'enfants zéro dose, appréciée notamment à partir de la couverture Penta1 chez les enfants âgés de 3 à 23 mois ;
 - Proportion d'enfants incomplètement vaccinés, appréciée notamment à partir de la couverture Penta3 chez les enfants âgés de 12 à 23 mois ;
 - Proportion d'enfant éligible n'ayant reçu aucune dose de vaccin contre le paludisme
 - Proportion d'enfant éligible à la deuxième dose de VAP et l'ayant reçu
 - Proportion d'enfant éligible au VPA 3 et l'ayant reçu
 - Proportion d'enfant éligible au VAP 4 et l'ayant reçu
 - Taux d'abandon : VAP1-VAP2, VAP1-VAP3, VAP1-VAP4
 - Taux d'acceptation du VAP
- ❖ **Caractéristiques sociodémographiques des parents ou gardiens d'enfants**
 - Âge;
 - Sexe.
 - Quintile de pauvreté;
 - Niveau de scolarité;
 - État matrimonial;
 - Emploi.
 - Milieu de résidence.
- **Communication autour de la CPS**
 - Niveau de connaissance de la CPS ;
 - Principales sources d'information sur la CPS.
- ❖ **Data managers**
 - Documenter l'évolution de la qualité des données à travers l'analyse des données incohérentes ou incomplètes au cours des campagnes 2024, 2025 et 2026, à partir d'un ensemble de dix indicateurs clés à définir avec l'équipe technique ;
 - Réaliser une analyse coût-efficacité du dispositif des data managers et apprécier sa soutenabilité.

Résultats attendus

Le cabinet ou le consultant retenu devra produire les résultats et réalisations suivants :

- Participer aux réunions de cadrage avec Malaria Consortium et les parties prenantes.

- Produire un rapport de démarrage détaillant la méthodologie, l'organisation de la mission, les ressources humaines à mobiliser, le calendrier d'exécution et la proposition financière validée.
- Tester et finaliser l'outil de collecte de données, au besoin.
- Organiser et réaliser la collecte des données.
- Assurer le contrôle qualité, le nettoyage et la constitution des bases de données analytiques finales.
- Réaliser l'analyse complète des données conformément aux objectifs de l'enquête.
- Produire un rapport préliminaire de l'enquête en français et en anglais.
- Produire un rapport final validé en français et en anglais.
- Présenter les résultats préliminaires lors de l'atelier national de synthèse prévu en janvier 2027, conformément aux modalités contractuelles.

Le rapport final devra comprendre au minimum les sections suivantes :

1. Liste des abréviations et acronymes ;
2. Définitions opérationnelles ;
3. Résumé exécutif (2 à 3 pages);
4. Contexte et rappel du mandat ;
5. Méthodologie;
6. Résultats par objectif spécifique ;
7. Discussion des résultats;
8. Conclusion et recommandations;
9. Références.

Annexes contenant uniquement les informations complémentaires essentielles.

4. Approche et Méthodologie

4.1. Enquête de Couverture

Malaria Consortium dispose d'une démarche standardisée pour la réalisation des enquêtes de couverture. Cette approche vise notamment à assurer la comparabilité des performances entre les différents programmes soutenus.

4.1.1 Type d'enquête et population cible

Il s'agira d'une enquête transversale auprès des ménages. Les parents ou gardiens d'enfants âgés de 3 à 59 mois seront interrogés dans les localités et ménages sélectionnés. Pour certains indicateurs relatifs à l'administration de la CPS chez les enfants non éligibles, les ménages comprenant des enfants âgés de 60 à 119 mois pourront également être concernés.

4.1.2 Taille de l'échantillon et méthode d'échantillonnage

Une méthodologie d'échantillonnage adéquate sera utilisée pour obtenir un échantillon représentatif (y compris la sélection des localités/sites, ainsi que la sélection des ménages individuels dans ces régions/sites).

Echantillonnage

Une méthode d'échantillonnage permettant d'obtenir un échantillon représentatif sera appliquée, incluant la sélection des grappes/localités et celle des ménages au sein de chaque grappe.

Taille de l'échantillon

- Taux de couverture attendu : 80 à 100 % ;
- Marge d'erreur: 5 %;
- Nombre de ménages par grappe : 20;
- Coefficient de corrélation intragrappe : 0,2;
- Effet de plan : 4,8;
- Taux de non-réponse : 5 %;
- Absence de correction pour population finie.

Sur la base de ces paramètres, l'enquête nécessitera un échantillon de 1 500 enfants éligibles répartis dans 75 grappes.

Stratégie d'échantillonnage

L'enquête utilisera un échantillonnage à plusieurs degrés :

Étape 1 : Sélection des grappes : 75 grappes, correspondant à des zones desservies par des établissements de santé ou à des zones de dénombrement, seront sélectionnées dans les districts couverts par le programme, selon une probabilité proportionnelle à la taille.

Étape 2 : Sélection des ménages : 20 ménages seront sélectionnés dans chaque grappe au moyen d'un échantillonnage aléatoire systématique. Lorsque la liste des ménages est disponible, un ménage de départ sera tiré au hasard puis les autres ménages seront sélectionnés selon un intervalle d'échantillonnage. Lorsque la liste des ménages n'est pas disponible, une méthode de sélection spatiale standardisée sera appliquée pour déterminer le point et la direction de départ, puis sélectionner les ménages jusqu'à atteindre l'effectif requis.

Étape 3 : Sélection des enfants : après consentement du ménage, la liste des enfants âgés de 3 à 119 mois sera enregistrée dans SurveyCTO. Un enfant éligible âgé de 3 à 59 mois sera sélectionné aléatoirement. Lorsqu'un enfant âgé de 60 à 119 mois est présent, un enfant non éligible pourra également être sélectionné afin de documenter l'administration éventuelle de la CPS dans cette tranche d'âge.

4.1.3 Processus de collecte et de gestion des données d'enquête

L'enquête devra fournir des informations pour chacun des cinq cycles mensuels de la campagne, ainsi que des indicateurs synthétiques portant sur l'ensemble des cycles. Pendant la collecte, l'équipe de Malaria Consortium Togo participera à la supervision afin de vérifier le respect du protocole et de renforcer la qualité des données.

Malaria Consortium sera responsable de la conception du questionnaire. Au besoin, son personnel pourra contribuer à la formation des superviseurs et des responsables de la collecte sur l'utilisation de SurveyCTO et des questionnaires spécifiques.

Les données seront collectées sur des appareils mobiles puis transférées vers la plateforme SurveyCTO. Des contrôles de qualité des données seront réalisés en temps réel au fur et à mesure de la collecte.

En complément des autres mesures d'assurance qualité mises en œuvre pendant la collecte, le consultant ou le cabinet devra mettre en place un dispositif indépendant de contre-vérification (back-check) portant sur 10 à 15 % des entretiens réalisés par les enquêteurs, conformément aux standards de Malaria Consortium. Les résultats de ces contre-vérifications devront être documentés et utilisés pour identifier et corriger rapidement les éventuelles incohérences ou insuffisances dans la collecte des données.

Le questionnaire sera mis à disposition suffisamment tôt avant le démarrage de l'enquête afin de permettre sa configuration, son test et la préparation des équipes. Les droits d'accès nécessaires seront fournis aux enquêteurs et superviseurs. Des contrôles de qualité des données seront réalisés en temps réel au fur et à mesure de la collecte.

Après obtention du consentement du chef de ménage ou de son représentant, l'enquêteur administrera le questionnaire, pour une durée estimée à environ 40 minutes.

4.1.4 Analyse et gestion des données

Le consultant ou le cabinet retenu désignera dès le démarrage les personnes responsables de l'analyse des données. SurveyCTO constituera la plateforme principale de collecte, de stockage et de suivi des données. Les données pourront être exportées vers un logiciel statistique approprié, notamment Stata ou R, pour les analyses. Le consultant ou le cabinet devra disposer des licences nécessaires pour tout logiciel propriétaire utilisé.

Les données recueillies et les bases de données issues de l'enquête sont la propriété de Malaria Consortium. Elles ne pourront être utilisées, partagées ou publiées par le consultant ou le cabinet sans autorisation préalable écrite de Malaria Consortium.

4.2. Analyse coût/efficacité du dispositif des data managers.

Avec l'appui de Malaria Consortium, des data managers ont été intégrés à la plateforme CPS afin d'améliorer la qualité des données au niveau opérationnel. Leur rôle consiste notamment à identifier les données incohérentes ou incomplètes et à documenter les problèmes techniques liés à l'outil digital.

Après deux années d'expérimentation du dispositif, la mission devra en apprécier la valeur ajoutée. Le consultant ou le cabinet proposera une méthodologie qui sera validée par l'équipe technique de Malaria Consortium et du PNLP. L'analyse comparera, pour les campagnes 2023, 2024, 2025 et 2026, l'évolution de la proportion de données incomplètes et incohérentes dans les bases de données disponibles, notamment dans le DHIS2, à partir d'indicateurs clés définis avec les parties prenantes. L'hypothèse d'évaluation est qu'une amélioration progressive de la complétude et de la cohérence des données pourrait refléter la contribution du dispositif des data managers. L'analyse devra également documenter les défis techniques rencontrés et apprécier le rapport coût-efficacité ainsi que la soutenabilité du dispositif.

5. Tâches à exécuter

Dans le cadre de la mission le consultant exécutera entre autres les tâches suivantes :

- Former les agents de collecte
- Superviser la collecte
- Collecter et traiter les données
- Analyser les données collectées
- Élaborer un rapport de fin d'enquête ;
- Participer à l'atelier de restitution des résultats de l'étude

NB : Un plan d'analyse et un plan de rapport devront être proposés à la soumission du dossier de candidature. Le consultant proposera une offre technique prenant en compte tous ces éléments.

6. Démarches administratives préalables à envisager

La réalisation de ce sondage comprendra :

- La validation préalable du protocole de mise en œuvre par le comité d'éthique.
- L'obtention de l'autorisation de l'accès à la région des Savanes auprès des autorités compétentes

7. Livrables

À l'issue de la mission, le consultant ou le cabinet devra fournir :

- Un rapport de formation des enquêteurs.
- Une présentation des résultats de l'enquête de couverture.
- Un rapport financier, conformément aux dispositions contractuelles.
- Un rapport d'enquête final validé, en français et en anglais, assorti de recommandations.
- Les scripts/codes R ou Stata utilisés pour le traitement et l'analyse des données.
- Les bases de données finales dans les formats convenus, notamment en versions longue et large, accompagnées de la documentation nécessaire.

8. Période d'achèvement et durée de la mission

La mission couvrira la période du 14 novembre 2026 au 31 janvier 2027.

La collecte devra être organisée dans le respect du délai maximal de 28 jours suivant le cinquième cycle de la CPS dans chacune des zones.

Les résultats préliminaires sont attendus au plus tard au cours de la première semaine de janvier 2027. Les livrables finaux devront être remis au plus tard le 31 janvier 2027.

Le chef d'équipe devra présenter en personne les résultats préliminaires lors de l'atelier national de synthèse prévu au cours de la deuxième semaine de janvier 2027.

9. Qualification du consultant principal, chef d'équipe

- Le chef d'équipe devra être titulaire d'un diplôme de niveau supérieur (master ou doctorat) dans l'un des domaines suivants : santé publique, démographie, administration des affaires, épidémiologie et biostatistique, économie, gestion des opérations ou tout autre domaine connexe.
- Une formation complémentaire en suivi-évaluation, conception de programmes ou analyse des processus constituera un atout.
- Le chef d'équipe devra également :
 - Justifier d'au moins six années d'expérience progressive dans la conduite d'enquêtes ou d'évaluations similaires dans les secteurs de la santé ou des services sociaux, notamment dans des contextes à ressources limitées.
 - Avoir participé à des évaluations d'une portée et d'une ampleur comparables.
 - Avoir une bonne connaissance des stratégies actuelles de lutte contre le paludisme et de leurs modalités de mise en œuvre.
 - Disposer de connaissances en sciences sociales et en communication.
 - Maîtriser les méthodes et approches d'évaluation.
 - Posséder d'excellentes capacités de communication orale et écrite.

Faire preuve de rigueur, de souci du détail, d'organisation et de capacité à hiérarchiser les priorités.

Références bibliographiques

World Health Organization. (2025). *World malaria report 2025: Addressing the threat of antimalarial drug resistance*. World Health Organization.

Programme national de lutte contre le paludisme. (2023). *Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2023-2026*. Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de l'Accès universel aux soins.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de l'Accès universel aux soins, & Institut national de la statistique et des études économiques et démographiques. (2021). *Enquête sur les indicateurs du paludisme au Togo (EIPT) 2020*.

World Health Organization. (2023). *Seasonal malaria chemoprevention with sulfadoxine-pyrimethamine plus amodiaquine in children: A field guide* (2nd ed.). World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *World malaria report 2022*. World Health Organization.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique. (08 septembre, 2025). *Le Togo introduit le vaccin contre le paludisme pour protéger les enfants de moins de 5 ans contre cette maladie*. République Togolaise.
https://sante-assurances.gouv.tg/actualites/le-togo-introduit-le-vaccin-contre-le-paludisme-pour-protoger-les-enfants-de-moins-de-5-ans-contre-cette-maladie?utm_source=chatgpt.com. Consulté le 31 aout 2026