



Quartier Agoè- Cacaveli, Boulevard Faure Gnassingbé,
Non loin du bloc administratif de l'université FORMATEC
Lomé-Togo, 07 BP : 7010/ Tel : 22 21 10 59 –

TERMES DE REFERENCE

Recrutement d'un consultant pour la réalisation de l'évaluation finale de la phase pilote du projet TPIg-C au Togo

Projet : Évaluation de la faisabilité, de l'acceptabilité et de l'efficacité du TPI pendant la grossesse au niveau Communautaire dans trois districts de la région des Plateaux du Togo.

Code Activité : P00O04A02S03

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) constitue une stratégie efficace de prévention des complications du paludisme chez la femme enceinte. Il contribue notamment à réduire l'incidence du faible poids de naissance, de la mortalité néonatale et de l'anémie sévère chez la femme enceinte [1]. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé cette stratégie depuis 2012 dans les zones de transmission modérée à élevée du paludisme [2]. Roll Back Malaria Partnership a fixé un objectif ambitieux de couvrir 100% des femmes enceintes en TPI [3]. Tenant compte de la réalité d'utilisation des services de santé dans le contexte africain, l'OMS a plutôt fixé la cible de couverture en TPI3+ à au moins 85 % dans les zones de transmission modérée du paludisme [4].

Malgré ces recommandations, la couverture du TPIg demeure faible dans certains pays africains y compris le Togo. Une analyse sur 33 pays africains en 2017 a montré que, depuis 2012 où l'OMS a recommandé le TPIg, les couvertures en TPI3 sont restées autour de 20% et les couvertures en TPI2 autour de 42% [5]. En 2019, la couverture TPI1+ en Afrique subsaharienne était de 62 % et la couverture TPI3+ était de 34 % [4]. Au Togo en 2024, la couverture en TPI3 était de 65% [6].

Ces niveaux de couverture constituent un défi important pour la prévention de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales associées au paludisme. Les données les plus récentes sur la mortalité maternelle au Togo indiquent que le taux de mortalité maternelle (TMM) reste élevé à 399 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2020 [7]. Les faibles couvertures en TPI notamment en TPI3 reflètent des insuffisances dans l'offre et l'utilisation des services de soins prénatals. Dans le contexte togolais, l'administration du TPIg dans les formations sanitaires est étroitement liée à la fréquentation des consultations prénatales. Afin de lever certaines barrières d'accès et de renforcer la continuité du suivi des femmes enceintes, l'OMS a recommandé en 2022 l'administration communautaire du TPIg dans les contextes appropriés [8]. Cette approche vise notamment à rapprocher le TPI des femmes enceintes et à contribuer à l'amélioration de la couverture du TPI3.

Plusieurs pays, notamment le Burkina Faso, Madagascar, le Malawi, le Mozambique, le Nigéria, la République démocratique du Congo, le Sénégal et la Sierra Leone, ont conduit des expériences pilotes de mise en œuvre du TPIg-c et ont documenté différentes leçons utiles à l'adaptation de cette approche [8]. Le Togo, avec l'appui de Malaria Consortium et de Reach Malaria a réalisé une phase pilote du TPIg-c de 2025 à 2026 soit deux ans de mise en œuvre.

Dans l'optique d'apprécier les résultats obtenus, de comparer les principaux indicateurs avec la situation de référence, de documenter la faisabilité et l'acceptabilité de l'approche, Une évaluation de finale du projet s'impose. Cette évaluation est nécessaire pour produire des données probantes susceptibles d'éclairer les décisions relatives à sa poursuite et à sa mise à l'échelle.

Le présent TDR de l'étude s'inscrit dans cette démarche d'encadrer l'évaluation de fin de mise en œuvre du TPIg-c dans cinq districts sanitaires : Anié, Est-Mono et Moyen-Mono dans la région des Plateaux, ainsi que Blitta et Tchamba dans la région Centrale.

2. Description du projet

En juillet 2025, Malaria Consortium US (MC US) a accordé un financement au bureau de Malaria Consortium au Togo et à ses partenaires du ministère de la Santé pour la mise en œuvre d'un projet pilote, couvrant la période de juillet 2025 à décembre 2026. Intitulé « *Évaluation de la faisabilité, de l'acceptabilité et de l'efficacité du TPIg-c dans trois districts de la région des Plateaux au Togo afin d'accroître la couverture du TPI* », **le projet a également bénéficié** d'un financement de l'Etat Américain à travers Reach Malaria pour les districts de la région Centrale. Le projet a visé à produire des données probantes sur la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité du TPIg-c, ainsi qu'à formuler des recommandations susceptibles d'éclairer la politique nationale et les perspectives d'intégration et d'extension de cette approche au Togo.

Le projet a été mis en œuvre dans les districts sanitaires d'Anié, Est-Mono et Moyen-Mono, dans la région des Plateaux, ainsi que les districts de Blitta et Tchamba dans la région centrale. Il a été conduit sous le leadership du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), avec l'implication de la Division de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), de la Division de la Santé Communautaire et des Personnes Âgées (DSCPA), de la Croix-Rouge Togolaise (CRT) et d'autres parties prenantes.

A l'issue de l'étude de base et de la revue documentaire, l'approche TPIg-c a été mise en œuvre en complément des services de santé offerts dans les formations sanitaires. La stratégie a reposé sur l'identification des femmes enceintes ayant manqué leurs rendez-vous de CPN ou leur dose de TPI, leur suivi à domicile par les Agents de Santé Communautaires (ASC), ainsi que l'administration des doses éligibles de TPIg-c sous traitement directement observé (TDO). Les femmes enceintes ont également été référées vers les formations sanitaires pour la poursuite des soins prénatals. Le dispositif a également compris des activités de sensibilisation sur la prévention du paludisme et la promotion des CPN. Les différentes parties ont été formées en cascade afin d'assurer une harmonisation des connaissances et informations à tous les niveaux. A la suite de cette phase de formation la mise en œuvre opérationnelle a commencé le 26 décembre 2025 dans les cinq districts pilotes du projet.

Le projet a adopté une approche participative et inclusive impliquant les différents niveaux du système de santé. Des mécanismes de suivi, de supervision, de collecte et de triangulation des données ont été mis en place afin de documenter les performances de l'intervention, les bonnes pratiques, les difficultés rencontrées ainsi que les leçons apprises.

3. OBJECTIFS

3.1. Objectif général

Evaluer la mise en œuvre et les effets du TPIg-c dans les districts sanitaires d'Anié, de l'Est Mono, de Moyen Mono, de Blitta et de Tchamba, tout en analysant les facteurs socioculturels susceptibles d'influencer son extension et son articulation avec le système de santé.

3.2. Objectifs spécifiques

- Evaluer la faisabilité, l'acceptabilité et la satisfaction à l'égard du TPIg-c auprès des femmes enceintes ou récemment accouchées, des communautés, des ASC et du personnel de santé dans les cinq districts.
- Mesurer les effets du TPIg-c sur la couverture des soins prénatals et du TPIg, notamment à travers l'évolution de la couverture du TPI3 et de la CPN4 entre la période de référence et la période de fin de mise en œuvre, ainsi que sa contribution à la couverture du TPI2 et TPI3+.
- Evaluer les connaissances, attitude et pratiques des différents acteurs à l'égard du paludisme pendant la grossesse et du TPIg-c et analyser les barrières, facteurs facilitants et facteurs socioculturels susceptibles d'influencer le recours aux soins prénatals, l'utilisation et l'observance du TPIg-c.
- Evaluer les conditions de mise en œuvre et l'articulation du TPIg-c avec le système de santé, notamment la disponibilité de la SP, des outils, des équipements et intrants, ainsi que la qualité du système de gestion et de rapportage et le mécanisme de référence et contre référence.
- Apprécier la pertinence, la cohérence et les perspectives de durabilité de l'approche et des extensions du TPIg-c.

3.3. Question d'évaluation

Tableau 1: Question d'évaluation

Objectifs	Actes /axes d'analyse	Question d'évaluation	Source de données
Evaluer la faisabilité, l'acceptabilité et la satisfaction à l'égard du TPIg-c	Analyser la perception et les expériences des femmes enceintes ou récemment accouchées, ASC, prestataires et membres de la communauté	Le TPIg-c est-il faisable et acceptable par les différents acteurs ? Quel est le niveau de satisfaction ? Quels sont les facteurs favorisant ou limitant son acceptation ?	Questionnaires de satisfaction, Entretiens individuels et groupes de discussion avec les parties prenantes
Mesurer les effets du TPIg-c sur la couverture des soins prénatals et du TPIg	Comparer les indicateurs avant et après la mise en œuvre	Quelle est l'évolution de la couverture du TPI3 et de la CPN4 entre la période de référence et la fin de mise en œuvre ?	Examen des rapports d'activité des formations sanitaires et le DHIS2, registre CPN
	Analyser le continuum entre l'identification communautaire, la référence, la CPN et l'administration de la SP	Quel est le niveau de continuité entre les activités communautaires et les services de santé ?	Fiche d'administration du TPIg-c, Registre TPIg-c des ASC, Registre de CPN
Evaluer les connaissances, attitude et pratiques	Mesurer la connaissance sur le paludisme pendant la grossesse et le TPIg-c,	Quel est le niveau de connaissance des femmes, ASC, prestataires et communautés sur	Enquête CAP, entretiens individuels

(CAP) des différents acteurs	l'attitude et le comportement des acteurs vis-à-vis de la CPN et du TPI.	le paludisme et le TPIg-c ? Quelles sont les attitudes et pratiques des femmes enceintes à l'égard de la CPN et du TPIg-c ?	
Identifier les barrières, facteurs facilitants et les facteurs socioculturels	Explorer des facteurs socioculturels, économiques géographiques.	Quels facteurs facilitent ou limitent le recours aux CPN et l'observance du TPIg-c ?	Entretiens individuels
	Analyser la perception, la croyance, les normes sociales et pratiques communautaires	Quelles croyances et normes socioculturelles influencent l'acceptation du TPIg-c et le recours aux soins ?	
Evaluer les conditions de mise en œuvre et l'articulation du TPIg-c avec le système de santé	Vérifier la disponibilité de la SP, des outils et équipements	La SP, les outils et les intrants nécessaires à la mise en œuvre étaient-ils disponibles en quantité suffisante et à temps ?	Fiche de stock, registres, entretiens
	Analyser le mécanisme de référence et de contre référence entre ASC et formations sanitaires	Le mécanisme de référence et de contre-référence fonctionne-t-il correctement ?	Fiche de référence et contre référence, registre
Apprécier la pertinence, la cohérence et les perspectives de durabilité de l'approche et des extensions du TPIg-c	Analyser l'adéquation de l'approche aux besoins des femmes enceintes et au contexte sanitaire	L'approche TPIg-c répond aux besoins identifiés et est-elle cohérente avec les stratégies et politiques nationale ?	Documents de politique, protocole TPIg-c, Entretiens
	Analyser des capacités institutionnelles et communautaires nécessaires à la poursuite du TPIg-c	Les conditions nécessaires à la poursuite du TPIg-c sont-elles réunies ?	Entretiens individuel
	Identifier les conditions nécessaires à l'extension et l'approche à d'autres districts	Quels sont les éléments à prendre en compte pour une éventuelle extension du TPIg-c ?	Entretien individuel et focus group

4. METHODOLOGIE

4.1. Type d'évaluation

Il s'agit d'une évaluation du processus et de l'efficacité du TPIg-c. L'étude adoptera une approche mixte combinant des méthodes qualitatives et quantitatives. La composante qualitative permettra d'explorer l'acceptabilité, la satisfaction, les perceptions, les barrières, les facteurs facilitants, les mécanismes de mise en œuvre et les perspectives de durabilité.

La composante quantitative permettra de mesurer l'évolution des principaux indicateurs de couverture, de documenter les tendances au cours de la mise en œuvre et d'apprécier la disponibilité des intrants ainsi que certains aspects de la qualité du système de gestion et de rapportage. Elle permettra également d'évaluer les connaissances, aptitude et pratique du personnel de la santé, des acteurs communautaires et des membres des ménages.

L'analyse comparative entre la situation de référence et la situation de fin de mise en œuvre devra être conduite à partir de définitions d'indicateurs, de sources de données et de périodes de référence harmonisées afin d'assurer la comparabilité des résultats.

4.2. Zone d'étude

L'étude sera menée spécifiquement dans les aires sanitaires des districts sanitaires publique d'Anié, de l'Est-Mono et du Moyen-Mono de la région des plateaux, et le district de Blitta et de Tchamba dans la région de la Centrale.

4.3. Population d'évaluation

La population d'étude comprend les acteurs impliqués dans la mise en œuvre, le suivi et l'utilisation du TPIg-c, aux niveaux périphériques, intermédiaire et central

Les deux approches utiliseront la même population cible. Ces populations comprennent :

Au niveau périphérique :

- les leaders communautaires, traditionnels et religieux ;
- les papas champions et autres acteurs communautaires pertinents ;
- les membres des clubs des mères et autres groupes communautaires concernés.
- les femmes enceintes ou récemment accouchées ;
- les ASC impliqués dans la mise en œuvre du TPIg-c ;
- le personnel des formations sanitaires, notamment le personnel de maternité et les responsables des formations sanitaires ;
- les responsables et les membres de l'équipe cadre des districts sanitaires ;

Au niveau intermédiaire

- les responsables régionaux et les membres de l'équipe cadre de la région

Au niveau central

- Les responsables divisions et programme impliqué dans la mise en œuvre

Partenaire Technique et financier

- Croix Rouge Togolaise
- Reach Malaria
- Malaria Consortium

4.4. Méthodes/outils de collecte de données

Les méthodes et outils de collecte seront adaptés aux objectifs de l'évaluation et à la nature des données recherchées. Le consultant proposera, en concertation avec les parties prenantes, la version finale des outils et le plan de collecte.

Tableau 2: Approche qualitative

Objectif de la recherche	Méthodes/outils de collecte	Participants cibles
Evaluer la faisabilité, l'acceptabilité et la satisfaction à l'égard du TPIg-c	Entretien individuel Focus group	Membres de la communauté Leaders communautaires Personnel de santé
Apprécier la pertinence, la cohérence et les perspectives de durabilité de l'approche et des extensions du TPIg-c.	Entretien individuel Focus group Revu documentaire	Personnel de santé de tout niveau

Tableau 3: Approche quantitative

Objectif de la recherche	Méthodes/outils de collecte	Participants cibles
Mesurer les effets du TPIg-c sur la couverture des soins prénatals et du TPIg, notamment à travers l'évolution de la couverture du TPI3 et de la CPN4 entre la période de référence et la période de fin de mise en œuvre, ainsi que sa contribution à la couverture du TPI2 et TPI3+.	Revu Documentaire Entretien individuel	Point focal des districts
Evaluer les connaissances, attitude et pratiques (CAP) des différents acteurs à l'égard du paludisme pendant la grossesse et du TPIg-c et analyser les barrières, facteurs facilitants et facteurs socioculturels susceptibles d'influencer le recours aux soins prénatals, l'utilisation et l'observance du TPIg-c.	Entretien individuel Revu documentaire	Membres de la communauté Leaders communautaires Personnel de santé
Evaluer les conditions de mise en œuvre et l'articulation du TPIg-c avec le système de santé.	Entretien individuel Focus group	Personnel de santé de tout niveau

4.5. Échantillonnage et sélection des participants à l'étude

Pour la composante qualitative, l'échantillonnage sera raisonné et orienté vers la diversité des expériences et des niveaux de mise en œuvre. Le nombre final d'entretiens individuels pourra être ajusté en fonction de la saturation des informations, tout en veillant à conserver une représentation des principaux groupes d'acteurs et des cinq districts.

Le schéma prévoit 66 entretiens individuels et 14 groupes de discussion. Une vérification arithmétique du tableau initial montre toutefois que les groupes de discussion détaillés correspondent à 18 FGD (5 + 7 + 6), et non 14. Cette incohérence devra être arbitrée avant validation finale du protocole et du budget.

Tableau 4: Répartition de l'échantillon

Structures/Groupes cibles	Personnes à interviewer	Nombre d'entretien individuel	Focus group
PNLP	Coordonnateur du PNL, le PF TPIg-c et suivi & évaluation	3	
DSCPA	Directeur de la DSCPA	1	
DSMI/PF	Chef Division de la DSMI PF et suivi & évaluation	2	
DRS	DRS et Points focaux SR et paludisme de la région	4 (2 par région)	
DPS	DPS, Points focaux SR et IBC, PS et paludisme des Districts	- 10 (3 DPS et 1 point focal par district)	
Personnel de santé des formations sanitaires y compris les ASC	Un RFS, RM et ASC de chaque commune	- 39 (personnes)	
Personnel de santé des formations sanitaires	Le personnel de la maternité des districts		1 focus groupe par district (05 au total) avec le personnel des maternités (USP et CHP)
Les acteurs communautaires	Femmes enceintes	- 7 (une femme enceinte par commune)	
	Les papas champions Les leaders traditionnels et religieux		7 focus groupes (1 par formation sanitaire)
	Les clubs des mères, les femmes enceintes et accouchées		6 focus groupes (1 par formation sanitaire)
Total		66 entretiens individuels	14 focus groupes

Pour la composante quantitative, le consultant proposera un plan d'échantillonnage adapté à chaque source de données. Toutes les formations sanitaires publiques dans lesquelles l'intervention a été mise en œuvre seront prise en compte pour l'analyse des données de routine et des conditions de mise en œuvre. L'échantillonnage de l'enquête CAP auprès des ménages et des autres groupes cibles devra être justifié dans le protocole, en précisant la méthode, les hypothèse, la taille d'échantillon et les modalités de sélection.

4.6. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion Porteront sur l'appartenance aux groupes cibles définis dans la population d'évaluation, la participation à la mise en œuvre de la phase pilote du TPIg-c selon le groupe concerné, le consentement éclairé, volontaire âgé de 18ans et plus. Toutes les formations sanitaires publiques dans lesquelles l'intervention a été mise en œuvre seront incluses dans l'analyse quantitative des données de routine.

4.7. Gestion et analyse des données

Le consultant assurera la gestion, le contrôle de qualité, le nettoyage et l'analyse des données de l'évaluation. Les données quantitatives seront vérifiées, nettoyées et analysées à l'aide d'un logiciel statistique approprié. Des analyses descriptives et selon les besoins de l'évaluation, des analyses comparatives seront réalisées afin d'apprécier l'évolution des principaux indicateurs. Les indicateurs seront calculés selon des définitions standardisées et documentées dans un d'analyse. Les données de référence et de fin de mise en œuvre seront comparées lorsque les sources, les périodes et dénominateurs seront suffisamment comparables. Les bases de données finales, les syntaxes /scripts d'analyse et les principaux résultats devront être documentés et remis à l'équipe du projet.

Les données qualitatives issues des entretiens et groupes de discussion seront transcrites, codées et analysées selon une approche thématique à l'aide d'un logiciel approprié. Les résultats seront triangulés entre les différents groupes d'acteurs et, lorsque possible, avec les données quantitatives et les données de routine.

Une discussion intégrée des résultats sera conduite à l'issue des analyses afin de mettre en évidence les principaux constats, les facteurs explicatifs, les bonnes pratiques, les difficultés rencontrées, les leçons apprises et les implications pour la poursuite et l'extension éventuelle de l'approche.

4.8. Assurance qualité

- Elaboration et harmonisation des outils de collecte ;
- formation et standardisation des enquêteurs ;
- pré-test des outils avant le démarrage de la collecte ;
- supervision régulière de la collecte ;
- vérification de la complétude et de la cohérence des données ;
- documentation des modifications apportées aux bases de données ;
- triangulation des sources de données et des points de vue des acteurs.

4.9. Considérations éthiques

La participation sera volontaire et conditionnée par l'obtention d'un consentement éclairé. Les informations recueillies seront traitées de manière confidentielle et utilisées uniquement dans le cadre de l'étude. Les procédures d'autorisation administrative et d'approbation éthique

applicables au Togo devront être obtenues avant le démarrage de la collecte, conformément aux exigences nationales et institutionnelles

5. TACHES A EXECUTER ET LIVRABLES

5.1 Tâches à exécuter

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

- finaliser, en collaboration avec les parties prenantes, les outils et le plan détaillé de collecte
- Collecter et traiter les données relatives à la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité du Traitement Préventif Intermittent pendant la grossesse en milieu communautaire dans l'aire sanitaire des districts d'Anié, de l'Est Mono, de Moyen Mono, de Blitta et Tchamba
- Collecter et traiter les données relatives aux barrières persistantes, les facteurs favorables et les mécanismes expliquant les variations de performance
- Analyser les données collectées
- Élaborer un rapport d'évaluation externe mettant en évidence l'ensemble des résultats attendus de la mission ;
- Participer à l'atelier de restitution des résultats de l'étude

NB : Un protocole d'étude, 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.

5.2 Livrables

A l'issue de la mission, le consultant/cabinet de fournir les éléments ci-après :

- Un protocole d'étude finalisé et validé intégrant les outils de collecte ;
- Un rapport de formation des enquêteurs
- Une présentation PPT des résultats de l'étude
- Un rapport d'enquête validé avec des recommandations éventuelles
- Les transcriptions des entrevues devront être remises au MC
- La base de données collectées
- Les scripts/syntaxes d'analyse et les fichiers nécessaires à la reproductivité des analyses ;

Dans le cadre de la présente mission, le consultant produira les rapports conformément aux différentes phases ci-dessous décrites. Chaque rapport sera produit en cinq (05) exemplaires sur support papier et la version électronique sera envoyée par mail à la personne indiquée. Le rapport final sera en français et en anglais.

6 - DUREE ET ORGANISATION DE LA MISSION

La mission devra être finalisée au bout de 30 jours calendaires à compter de la date de validation du protocole d'étude par le comité éthique. Le consultant /cabinet proposera dans son offre

technique un chronogramme détaillé des activités, incluant la préparation, la collecte, le traitement et l'analyse des données, la restitution et la finalisation des livrables.

7. PROFIL DU CONSULTANT

7.1 Qualification du consultant principal, chef d'équipe

- **Le chef d'équipe doit être titulaire d'un :**

- D'un diplôme d'études supérieures (Doctorat) dans le domaine de la santé publique, de la sociologie, de l'anthropologie, de l'épidémiologie et de la biostatistique, économie, ou dans un domaine connexe.
- D'une formation supplémentaire en suivi et évaluation, en conception de programmes et en analyse de processus souhaitable mais non obligatoire.

- **Le chef d'équipe doit :**

- Avoir une expérience d'au moins 10 ans d'expérience progressive dans la conduite d'évaluations participatives et complexes de processus dans les services sanitaires/sociaux dans des contextes à ressources limitées.
- Justifier d'au moins dix (10) missions d'évaluation initiale ou finale de projets et programmes financés par les partenaires techniques et financiers ;
- Justifier au moins cinq (05) missions d'évaluation des projets et programmes financés par des ONG internationales
- Justifier d'une expérience d'au moins cinq (05) missions d'études ou d'évaluation pour des organismes rattachées ou relevant d'institution de l'Etat togolais.
- Avoir des connaissances des stratégies actuelles d'intervention contre le paludisme et des modalités de mise en œuvre.
- Avoir des connaissances dans les sciences sociales et de la communication.
- Avoir une connaissance approfondie des méthodes et approches d'évaluation.
- Avoir de solides compétences en matière de communication orale et écrite
- Avoir le souci du détail et être capable d'établir les bonnes priorités.

References bibliographies

1. Roman E, Andrejko K, Wolf K, et al. Determinants of uptake of intermittent preventive treatment during pregnancy: a review. *Malar J* 2019; 18: 372.
2. WHO. WHO policy brief for the implementation of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy using sulfadoxinepyrimethamine (IPTp-SP). Geneva: World Health Organization, 2013
3. Le partenariat Roll Back Malaria (2008) Le plan d'action mondial contre le paludisme. Disponible: <http://www.rbm.who.int/gmap/gmap.pdf> Consulté le 17/06/ 2025.
4. WHO. World malaria report 2020: 20 years of global progress and challenges. Geneva, World Health Organization; 202
5. WHO. World malaria report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.

6. Measurement Report published by the FP2030 Partnership, 2022
6. Ministère de la santé du Togo / PNLP. *Données DHIS2, année 2024*. Lomé : PNLP, 2024.
7. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. 2023 Mar; 23(2):2023
8. WHO. Technical consultation to assess evidence on community based delivery of intermittent preventive treatment in pregnancy for malaria: report of a virtual meeting, June 21–23, 2022. Geneva: World Health Organization, 2023)