

MEDAIR

each life matters

Dossier d'appel à proposition pour un consultant individuel du terme de référence endline projet

Goma, le 02 février 2026

Invitation à soumissionner

Madame, Monsieur,

Veuillez trouver ci-joint l'invitation à soumissionner qui suit le terme de référence endline projet de l'avis de marché ouvert à proposition d'un consultant individuel.

Pour toute question ou clarification, veuillez contacter :

Ce dossier peut être envoyé du **02 au 11 février 2026** :

- Envoyé uniquement par courrier électronique à : tender-cod2@medair.org. Cette adresse électronique n'est pas suivie, n'envoyez pas de questions

La date limite de réception des offres des consultants est fixée au 11 février 2026 à 16h30'.

Medair n'est pas responsable de la non-réception de l'offre électronique en raison d'une défaillance de l'Internet, du réseau, du serveur, de la taille des fichiers ou de tout autre matériel ou logiciel utilisé par le soumissionnaire ou Medair pour le traitement des e-mails.

Les questions et les demandes d'éclaircissement doivent être envoyées à : procurement-cod@medair.org

Nous répondrons aux questions uniquement pendant les jours ouvrables, du lundi au vendredi.

Les fichiers Word, Excel ou autres fichiers non protégés ne sont pas acceptés par l'appel d'Offres électroniques car les données du fichier peuvent être facilement manipulées. **Tous les documents doivent être soumis soit en format protégé, soit en format Portable Document Format. (PDF) ou scanné.**

Cordialement,

MEDAIR

Deogratias MWAKAMUBAYA NASEKWA

Directeur Pays Adjoint

ANNEXE A

Terme de Reference endline projet_Appel à proposition pour un consultant individuel

Nom du consultant	
Programme national	COD
Membre du personnel « contractant » chez Medair	• Dr Marian Wetschay-Van Der Snoek, Country Director • Dr Pierre-Olivier NGADJOLE, Conseiller Santé et Nutrition Medair RDC
Période globale	- 11/02/2026 : Date limite pour manifestations d'intérêt (veuillez soumettre toutes vos documentations à cette adresse : tender-cod2@medair.org) - 13/02/2026 : Sélection de candidat - 16/02/2026 : Signature du contrat de service
Dates de voyage	A confirmer après
Comptes rendus sur le terrain à	16/03/2026
Comptes rendus au siège (HQ) à	23/03/2026
Date limite de remise du compte rendu final	27/03/2026

1. INTITULÉ :

Réponse multisectorielle d'urgence (Santé, Nutrition, EHA et Infrastructure) en faveur des populations vulnérables affectées par les conflits et les épidémies dans l'est de la RDC

2. CONTEXTE :

2.1. Résumé du projet

Type d'Etude	Etude Final externe
Nom du projet	Réponse multisectorielle d'urgence (Santé, Nutrition, EHA et Infrastructure) en faveur des populations vulnérables affectées par les conflits et les épidémies dans l'est de la RDC
Dates de début et de fin du projet	01 juin 2024 – 31 mai 2026
Durée du projet	24 mois
Lieu du projet :	République Démocratique du Congo: • Province de l'Ituri : AS Bule , ZS de Fataki et AS Bale, ZS de Rethy • Province du Nord-Kivu : AS Bulindi de ZS Kibirizi, AS Birundule de ZS Kibirizi, AS Iyatama de ZS Musienene et AS Kihindo de ZS Kirose, AS Chambucha de ZS Itebero et AS Ufamandu de ZS Katoyi
Domaines thématiques	• Health • Nutrition • WASH et Infrastructure • Jardin potager
Bailleur de fonds	SDC
Bénéficiaires estimés	Le total des bénéficiaires directs ciblés par cette action pendant deux ans est estimé à 262 795 personnes réparties par secteur et par an comme suit : • Santé: 245 059 • Nutrition: 17 736
Objectif Global du projet	Réduire les taux de morbidité et de mortalité parmi les populations les plus vulnérables (déplacées, retournées, populations hôtes) par l'amélioration de l'accès aux services de soins de santé de qualité dans les formations sanitaires soutenues, par l'amélioration des services d'Eau, Hygiène, et Assainissement et par la prise en charge des complications de la malnutrition aiguë sévère.

4 2

2.2. Zone d'intervention

La crise en RD. Congo est multiforme en raison de l'insécurité et de l'instabilité persistantes, qui provoquent des déplacements constants des populations, des épidémies soudaines et la malnutrition aiguë, lesquels ont contribué à une morbidité et une mortalité excessive. Les besoins humanitaires des communautés vulnérables, en particulier des femmes et des enfants, sont particulièrement élevés dans la région Est du Pays.

Dans cette action, MEDAIR, à travers les projets qu'il met en œuvre dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri, apporte sa réponse d'urgence aux communautés les plus vulnérables de ces 2 provinces en fournissant des services de santé et de nutrition d'urgence, en soutenant les établissements de santé préexistants pour renforcer la fourniture des services de santé essentiels et vitaux, l'amélioration des infrastructures de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, de la prévention et du contrôle des infections dans ces établissements de santé soutenus.

Conformément aux priorités du plan humanitaire 2024 de la République Démocratique du Congo (RDC) 2024, l'action proposée était de mettre en œuvre une réponse multisectorielle d'assistance aux populations vulnérables touchées par les conflits, les déplacements, les épidémies et les catastrophes naturelles dans l'est de la RDC.

Cette action s'aligne avec les politiques internationales et nationales, ainsi que les cadres de référence légaux et politiques pertinents en matière de santé et de nutrition. Dans le contexte de la RDC, cela signifie que les interventions respecteront les directives établies par des organismes tels que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les cadres nationaux tels que le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Les approches spécifiques incluront la coordination avec les autorités locales et nationales, la conformité aux standards internationaux, le renforcement des systèmes de santé locaux et la réponse aux urgences humanitaires, garantissant ainsi une assistance coordonnée et appropriée qui répond efficacement aux besoins urgents des populations affectées.

Medair surveille en permanence les déplacements des populations, les flambées épidémiques, ainsi que la situation et les besoins humanitaires dans les zones ciblées. L'organisation procède à des évaluations rapides multisectorielles des besoins, partage les résultats avec les parties prenantes concernées, plaide et coordonne avec d'autres acteurs pour répondre aux besoins qui ne relèvent pas de l'expertise et des capacités spécifiques de Medair. Dans la mesure du possible, Medair mettra en œuvre des interventions d'urgence conjointes avec d'autres acteurs humanitaires. Cela soutiendra une réponse multisectorielle qui couvre les divers besoins des personnes et des communautés.

Medair opère à partir de ses bases de Bunia, Goma et Butembo, mais pourrait ouvrir des sous-bases si nécessaire pour soutenir les interventions d'urgence dans d'autres régions de l'est de la RDC. Medair prépositionne des stocks d'urgence dans ces bases pour permettre des interventions rapides en matière de santé, de nutrition, d'eau, d'hygiène et d'assainissement.

Dans ce projet de 24 mois, il a été prévu de réaliser une étude finale afin de se faire une idée sur l'impact du projet dans ces zones. L'étude sera menée par un consultant externe pendant une période estimative de 24 jours ouvrables soit du 20/01 au 20/02/2026.

L'objectif de MEDAIR étant de répondre aux besoins vitaux immédiats des communautés vulnérables, c'est ainsi qu'avec l'appui financier conjoint de SDC, MEDAIR répond à l'objectif du projet en cours de mise en œuvre dans les deux provinces de l'Ituri et du Nord-Kivu. Ce qui s'inscrit dans la poursuite de sa stratégie humanitaire depuis plus de 20 ans en RDC, en implémentant des interventions sanitaires vitales aux populations touchées par les situations d'urgence dans les zones difficiles d'accès.

La Zone couverte par le projet dans Y1 et Y2 comprend 8 Aires de santé réparties dans 3 bases dont le Petit Nord-Kivu (PNK), le Grand Nord Kivu (GNK) et Ituri :

Base	Province	Zone de sante	Aire de sante
GNK	Nord Kivu	Kibirizi	Bulindi
GNK	Nord Kivu	Kibirizi	Birundule
PNK	Nord Kivu	Musienene	Ivatama
PNK	Nord Kivu	Itebero	Chambucha
PNK	Nord Kivu	Katoyi	Ufamandu
PNK	Nord Kivu	Kirotshe	Kihindo

ITURI	Ituri	Rethy	Bbale
ITURI	Ituri	Fataki	Bule

Note : Pour raison d'insécurité certaines AS peuvent être exclu de l'étude, aussi noter que le projet est réalisé sur 2 ans ainsi donc certaines aires de santé ont été clôturées avant la fin du projet, le consultant ainsi que l'équipe de l'enquête décidera sur l'inclusion ou l'exclusion d'une aire de santé.

Ces zones d'intervention dans le Nord Kivu (PNK et GNK) ainsi que l'Ituri sont caractérisées par des conflits armés, entraînant des déplacements récurrents des populations. Tant les populations hôtes que les personnes déplacées internes sont exposées à une situation d'insécurité permanente, et une carence en denrées alimentaires, entraînant une forte vulnérabilité à l'augmentation de la malnutrition, de la morbidité et de la mortalité surtout chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes.

3. OBJECTIF DE L'ACTION :

Objectif principal de l'intervention : Contribuer à la prévention et à la réduction de la morbidité et de la mortalité des populations vulnérables touchées par les conflits, les épidémies et les déplacements dans l'est de la RDC.

4. EXTRANTS (Questions clés de l'étude) :

Les résultats attendus issus de cette étude seront d'établir les indicateurs clés du projet (indicateurs de résultat) à la fin du projet :

Type d'indicateur	Indicateurs clés	Methode de collecte des données	Sources des données Moyens de vérification	Frequence de collecte
Outcome 4 : La malnutrition aigüe sévère est durablement évitée dans les zones de santé soutenues	Indicateur 4. Taux de rechute de la malnutrition dans les ménages ayant eu un Jardin potager individuel et fonctionnel Valeur de base :15.57% Valeur cible : Année 1 : <35 % Année 2 : <30 %	Basé sur la population de l'aire de santé ayant reçu un jardin potager	Enquête CAP, Enquêtes auprès des ménages avec au moins 5% d'échantillon représentatif statistiquement exact, mais 100% de ménages ayant reçu le jardin sera idéal	Baseline & Endline
Outcome 5 : Les populations vulnérables (déplacés, retournés, populations hôtes) reçoivent des services Eau, Hygiène, et Assainissement) améliorés	Indicateur 5. % de la population cible disposant de services EHA et adoptant des pratiques d'hygiène adéquates. Valeur de base : NA Valeur cible Année 1 : > 60 % Année 2 : > 60 %	Basé sur la population de l'aire de santé	Rapports de groupe de discussion ;	Endline
Outcome 6 : Les conditions des infrastructures dans les FOSAs soutenues ainsi que l'accessibilité physique sont améliorées.	Indicateur 6. Nombre d'établissements ciblés (USP, écoles, marchés) disposant des infrastructures et d'accessibilité physique sont améliorées. Valeur de base : 1 par an Valeur cible Année 1 : 1 Année 2 : 1	Basé sur le nombre de Fosas appuyées par le projet	Enquêtes sur toutes les installations ciblées.	Endline
Output 5.1: Deux aires de santé ont bénéficié des conditions améliorées d'approvisionnement en eau potable	Indicateur 5.1.1 : Nombre d'aires de sante bénéficiant des sources d'eau protégées. Valeur de base : 1 Valeur cible année 1 : 1 Valeur cible année 2: 1	Basé sur le nombre de Fosas appuyées par le projet, et l'enquête de satisfaction sera basé sur la population BNF des aires de santé	Visites de sites Rapports d'étape Enquête de satisfaction des bénéficiaires	Endline
	Indicateur 5.1.2 : Nombre de CS bénéficiant d'un système fonctionnel	Basé sur le nombre de Fosas appuyées par le projet, et l'enquête de satisfaction sera basé	Visites de sites Rapports d'étape Enquête de satisfaction des bénéficiaires	Endline

4 3

	d'approvisionnement en eau propre Valeur de base : 1 Valeur cible année 1 : 1 Valeur cible année 2: 1	sur la population BNF des aires de santé		
	Indicateur 5.1.4 : Nombre de personnes ayant accès à l'eau potable. Valeur de base : 4000 Valeur cible année 1 : 5000 Valeur cible année 2: 5000	Basé sur le nombre de Fosas appuyées par le projet, et l'enquête de satisfaction sera basé sur la population BNF des aires de santé ou utilisant le normes SPHERE de (Nombre des robinets*250)	Visites de sites Rapports d'avancement Sondages auprès des bénéficiaires	Endline

Hormis ces indicateurs contractuels voici une liste des données additionnelles qui seront collectées tout au long de cette étude :

Secteur	Types	Questions
WASH ¹	Données sur Eau et Hygiène sanitaire	Maximum 10 questions à incorporer dans le questionnaire enquête de ménage
	Comportement vis- à- vis du lavage des mains	Maximum 10 questions à incorporer dans le questionnaire enquête de ménage
NUTRITION	Allaitement maternel et Nutrition chez les enfants de moins de 6 mois and de mois de 24 mois	Maximum 15 questions à incorporer dans le questionnaire enquête de ménage
	Sur la sécurité alimentaire (ces deux indicateurs plus importants qui ne doivent pas manquer sont la diversité alimentaire minimale (MDD) pour les enfants âgés de 6 à 23 mois dans les ménages avec potager et dans les ménages sans potager, et le régime alimentaire minimal acceptable)	Maximum 15 questions à incorporer dans le questionnaire enquête de ménage
	Proxy GAM, MAS et MAM	Un screening sera organisé par Medair
	* ² Sur la rechute de l'enfant et avantage d'avoir un jardin et de gérer un potager	Maximum 10 questions à incorporer dans le questionnaire enquête de ménage
SANTE	LLINs/MILDAs, PEV, et la morbidité et la demande de soins : enfant âgé 0-59mois Santé reproductive (femmes enceintes et allaitantes)	Maximum 15 questions à incorporer dans le questionnaire enquête de ménage
	Taux brut de mortalité et taux brut de mortalité des moins de 5 ans	Maximum 15 questions à incorporer dans le questionnaire enquête de ménage
Autres	Le questionnaire sur la question de "people with disability" ou "personnes avec handicap".	Maximum 10 questions à incorporer dans le questionnaire enquête de ménage

Le consultant est libre de proposer des questions que l'équipe de l'étude pourra valider ou pas et proposer des questions additionnelles le cas échéants.

Note pour le secteur WASH

Bien que le cadre logique inclue plusieurs indicateurs liés au secteur WASH, l'évaluation se concentrera uniquement sur les aires de santé où les activités du cadre logique ont déjà été réalisées. Medair et le consultant évaluerons le niveau d'atteinte enfin de définir la manière de collecter les informations sur ces indicateurs.

Note importante lors de l'élaboration des outils :

¹ Pour l'instant, étant donné que l'accès concernait principalement l'amélioration de l'accès à l'eau potable au niveau des établissements de santé, les questions porteront davantage sur l'utilisation de l'eau potable par les patients que sur celle des ménages

² L'intervalle a considéré comme pour parler de rechute doit être inférieur à 2mois

1. Un MASS MUAC screening sera organisé par Medair dans 2 aires de santé dont IVATAMA et KIHINDO, dans le but d'avoir le Proxy GAM ainsi le consultant pourra utiliser ces données pour dégager les tendances et faire l'analyse comparative de la prévalence de malnutrition, en aussi comparant le Proxy GAM et proxy SAM des ménages avec jardin potager contre les ménages sans jardin potager, dans chaque aire de santé.
2. Dans les questions sur la morbidité et demande de soins assurez-vous que ces KPIs sont inclus :
 - 1) Couverture vaccinale du vaccin pentavalent (âgés de 12 à 23 mois)
 - 2) Couverture vaccinale contre la rougeole (âgés de 12 à 23 mois)
 - 3) Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
 - 4) Couverture des soins prénatals pour les quatre visites prénatales (ANC4)
 - 5) Couverture des soins postnatals prodigués aux nouveau-nés dans les 48 heures (2 jours après la naissance)
 - 6) Couverture du traitement intermittent présomptif contre le paludisme pendant la grossesse
 - 7) Couverture du traitement par sels de réhydratation orale et zinc chez les enfants de moins de cinq ans
 - 8) Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans
 - 9) Couverture des traitements antipaludiques en temps opportun chez les enfants de moins de cinq ans
 - 10) Recours approprié aux soins en cas de fièvre chez les enfants de moins de cinq ans
 - 11) Recours approprié aux soins en cas de respiration rapide ou difficile chez les enfants de moins de cinq ans
 - 12) Prévalence du paludisme suspecté chez les enfants de moins de cinq ans (0-59 mois)
 - 13) Couverture des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée chez les enfants de moins de cinq ans
 - 14) Pourcentage d'accouchements par césarienne
3. Dans les questions sur la sécurité alimentaire, rassurez que : Les indicateurs à inclure sont le score de faim et le score de diversité alimentaire. Veuillez également inclure la « diversité alimentaire minimale » (MDD) et le « régime alimentaire minimal acceptable » chez les enfants. Il est important de veiller à ce qu'il y ait également une comparaison entre les indicateurs de sécurité alimentaire (tels que la MDD) dans les ménages disposant d'un jardin potager et ceux qui n'en disposent pas, afin de voir s'il existe une différence statistique.
4. Dans les questions sur l'allaitement maternel et Nutrition chez les enfants de moins de 24 mois : Veuillez-vous assurer que l'indicateur « Taux d'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons âgés de 0 à 5 mois » figure au-dessus de « Poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 23 mois »

5. ACTIVITÉS/ RESUME EXECUTIF DE L'INTERVENTION :

Medair, avec l'appui de la Direction du Développement et de la Coopération suisse (DDC), a joué un rôle déterminant dans la réduction de la morbidité et de la mortalité parmi les populations les plus vulnérables affectées par les conflits et les épidémies dans l'est de la République Démocratique du Congo (RDC), notamment dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et de l'Ituri. Face à l'aggravation de la crise humanitaire, exacerbée par les affrontements liés au M23, Medair a bénéficié d'un financement complémentaire. Ce soutien a permis le scale-up de l'intervention et le réapprovisionnement en médicaments essentiels auprès des centrales régionales CADIMESKI, CADIMEBU et DCMP Bukavu, permettant de maintenir la continuité des services dans les zones les plus touchées.

Malgré les défis majeurs rencontrés, notamment l'insécurité persistante, les restrictions d'importation de médicaments, et l'obligation d'emprunter des trajets particulièrement longs et risqués, Medair a atteint des résultats au-delà des prévisions. Cette surperformance est le fruit de la forte capacité d'adaptation, des relations de confiance avec les communautés locales, une gestion rigoureuse des risques, ainsi qu'une collaboration efficace avec les bailleurs, les autorités locales et les partenaires humanitaires. Au total, Medair a atteint 522 281 (120%) bénéficiaires directs, dont 5 925 dans les sites de PCIME communautaire. Dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, 19 147 accouchements ont été réalisés par du personnel qualifié, 1 030 survivants de violences sexuelles ont été pris en charge dans les 72 heures, et 20 852 femmes enceintes ont bénéficié de services de consultation prénatale de qualité (CPN2). Une réponse rapide, la disponibilité de médicaments de qualité et d'intrants nutritionnels, ainsi que la présence de superviseurs et d'un médecin urgentiste pour une supervision formative, combinées à des activités d'engagement communautaire, ont eu un impact positif sur ce projet.

En matière des activités durables Medair a amélioré l'accès à l'eau potable dans 2 aires de santé (Walu et Kunda). Par ailleurs, depuis le début du projet 8 aires de santé ont été appuyées dans le cadre de projets de jardins potagers, avec la mise en place plus de 21 jardins de démonstration et 448 jardins individuels. Des sessions de démonstration culinaire ont été organisées, réunissant 394 participants, et 448 ménages ont bénéficié de formations sur les techniques de jardinage, la gestion des potagers et la préparation de repas nutritifs. Tous les participants ont reçu des outils de jardinage et des semences, renforçant ainsi leur autonomie alimentaire et leur résilience nutritionnelle.

6. PORTÉE DE L'ETUDE :

6.1. But, Objectifs et portée de l'étude

But : Cette étude est menée à la fin du projet. Elle s'appuiera sur l'évaluation initiale réalisée en février 2025.

Objectifs : L'objectif principal de l'étude sera d'établir les indicateurs clés du projet (indicateurs de résultat) à la fin du projet, et mesurer l'impact du projet au fil du temps. L'évaluation permettra également de déterminer le niveau de connaissances de la communauté sur certains indicateurs de sécurité alimentaire et d'identifier enfin les principaux facteurs externes qui peuvent influencer ou affecter sur la mise en œuvre du projet. Spécifiquement l'étude :

- Faire une analyse SWOT du projet,
- Mettra en avant la pertinence et l'impact du projet sur les bénéficiaires,
- Mesurera l'impact des jardins potagers dans les ménages ciblés par le projet,
- Réalisera les enquêtes auprès des ménages pour déterminer s'il existe une corrélation entre l'existence d'un potager dans une famille et la rechute d'un enfant ayant été admis pour la malnutrition aiguë sévère dans un service de nutrition
- Mesurera les changements spécifiques dans le comportement, les connaissances et les attitudes de la population par rapport aux activités WASH, de construction, de routes, de renforcement des infrastructures, etc. (le consultant devra mettre en avant le lien entre l'aide humanitaire et l'impact à long terme)
- Mesurera l'impact du projet en utilisant les données SNIS/DHIS2 pour examiner la situation à long terme avant notre intervention, et éventuellement pour les FOSAs que le projet a soutenues pendant un certain temps avant de partir, pour les données postérieures à notre départ,
- Documenter les leçons apprises et formuler des recommandations.

Portée de l'étude : Cette étude de base est menée en fin de projet. Elle portera sur les indicateurs de résultats (voir section 4.3). Sous réserve de l'accessibilité sécuritaire ; Les Zones de Santé (ZS) concernées par cette étude sont les suivantes : ZS Kibirizi (AS Birundule et Bulindi) en territoire de Rutshuru et ZS Musienene (AS Iyatama) en territoire de Lubero dans le Grand Nord Kivu et les zones de santé de Itebero (AS Chambucha) en territoire de Walikale, ZS de Katoyi (AS Ufamandu) en territoire de Masisi et ZS Kirotshé (AS Kihindo) en territoire de Masisi dans le Petit Nord Kivu et enfin en Ituri, ZS Rethy (AS Bale) ZS Fataki (AS Bule) dans le territoire de Djugu.

Il est à noter que l'étude sera réalisée dans les Aires de Santé (AS) ciblées de chaque zone de santé.

Les résultats de cette étude finale seront utilisés pour déterminer les valeurs finales pour les indicateurs de résultats. Les valeurs obtenues seront comparées aux valeurs initiales de ces mêmes indicateurs enfin de mesurer la valeur ajoutée et l'efficacité du projet.

Les résultats de l'étude seront donc utilisés par Medair et le bailleur de fonds (SDC) du projet et les parties prenantes clés au niveau national et local, y compris les communautés ciblées par le projet. Ils pourront également informer de futures programmations similaires de Medair.

Les principales activités ci-dessous seront menées :

- Harmonisation du plan de travail, de la méthodologie détaillée, la révision adéquate du GANTT Chart et des outils de collecte de données ;
- Formation des enquêteurs et des superviseurs (si applicable) sur la collecte de données (questionnaires et groupes de discussions) ;
- Collecte et analyse de données primaires et secondaires disponibles afin d'établir la relevance et la pertinence pour déterminer l'impact et la production de leçons apprises du projet ;
- Identification des principaux facteurs externes qui ont influé ou affecter la mise en œuvre du projet ;
- Production du rapport final d'évaluation, incluant un résumé exécutif.

6.2. Publics ciblés et utilisation de l'étude

Le public primaire visé par l'étude est :

Partie prenante	Informations complémentaires
Bailleur de fonds du projet	SDC
Principale organisation chargée de la mise en œuvre	Medair
Partenaires de mise en œuvre	Non applicable
Parties prenantes gouvernementales	Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention à travers le PRONANUT, la DPS, les zones de santé, FOSA... Ministère des Affaires Sociales, actions Humanitaires Solidarité Nationale. Ministère du Genre, de la Famille et des Enfants.
Groupes communautaires	Groupes de soutien ANJE, cellules d'animation communautaires, RECOPE, RECO, EAE, etc.
Bénéficiaires	Enfants et adultes impliqués dans le projet et l'étude

4 8

En outre, l'étude sera partagée avec toutes les parties prenantes (partenaires de mise en œuvre, étatiques/paraétatiques). Elle permettra de générer des preuves rigoureuses et de haute qualité sur les objectifs de l'étude et dudit projet.

7. MÉTHODOLOGIE ET OUTILS :

7.1. Conception de l'Etude

Tout comme l'étude de base, cette étude finale est une enquête transversale en grappes à deux degrés qui utilisera des méthodes de collecte de données quantitatives et qualitatives pour établir la valeur finale et ainsi comparer ces résultats avec la base de référence des indicateurs suscités enfin de déterminer l'impact de l'intervention dans les zones de mise en œuvre du projet. Les grappes seront sélectionnées sur la base d'une Probabilité Proportionnelle à la Taille (PPS) en fonction du statut de ménage (autochtones, déplacés internes et retournés). Le premier degré de l'échantillonnage consistera à identifier le nombre de grappes à inclure dans l'enquête, tandis que le deuxième degré consistera à choisir les individus au sein de ménages qui vont participer parmi les grappes échantillonnées. Tous les enquêtés auront la chance égale de participer à l'enquête.

Les données quantitatives seront collectées par le biais d'une enquête auprès des ménages au moyen d'un questionnaire standardisé administré via l'application ODK collect/ ONA sur les tablettes /téléphones Android. Parallèlement, la collecte de données qualitatives se fera par le biais d'entretiens avec des informateurs clés.

Une équipe locale d'enquêteurs sur chaque site sera recrutée et formée sur les outils et méthodes de collecte de données. L'étude devra observer l'approche *Do No Harm et Accountability to Affected Populations (AAP)*.

7.2. Cadre d'échantillonnage

La population cible de l'enquête sera constituée du chef du ménage ou son/sa conjoint/e. A son absence, toute personne adulte au sein de ce ménage capable de fournir les informations recherchées dans l'aire de santé ciblées par le projet.

Pour cette évaluation, un échantillonnage en grappe à deux degrés sera utilisé. La première étape consistera à sélectionner les villages/quartiers/sites de déplacés en utilisant la méthode de PPS. La seconde étape à sélectionner les ménages à enquêter sur la liste de bénéficiaire.

Dans chaque Aire de Santé, comprenant des déplacés internes, des retournés et des autochtones, le consultant recensera le nombre total de villages/quartiers et leur population, éliminera les zones inaccessibles, et répartira l'échantillon proportionnellement. Une liste de bénéficiaire sera disponibiliser avant l'enquête et le consultant va tirer aléatoirement le numéro sur la liste. Pour les sites de déplacés, la même méthode sera utilisée : diviser la population totale par la taille de l'échantillon.

Afin de garantir la taille d'échantillon d'une ampleur suffisante pour mettre en évidence des changements substantiels dans les indicateurs clés, l'équipe utilisera la liste des bénéficiaires que le projet disponibilisera.

La taille de l'échantillonnage de cette étude sera répartie (après avoir eu la liste définitive de BNF) de la manière suivante proportionnellement à la taille de la population dans chaque aire de santé :

Province	Territoire	Zone de santé	Aire de santé	Baseline BNF (n)	BNF Endline	Proportion	Beneficiaire a enqueter
Nord Kivu	Kibirizi	Kibirizi	Bulindi	60	72		
Nord Kivu	Kibirizi	Kibirizi	Birundule	55	73		
Nord Kivu	Lubero	Musienene	Ivatama	NA	70		
Ituri	Djugu	Fataki	Bule	NA	179		
Ituri	Djugu	Rethy	Bbale	72	72		
Petit Nord Kivu		Itebero	Chambucha	87	88		
Petit Nord Kivu		Katoyi	Ufamandu	211	143		
Petit Nord Kivu	Masisi	Kiroshe	Kihindo	NA	150		
Total					868		3

³ Proposition de garder sur Excel avec des formules la source des cibles que vous nous proposer car s'il y a changement de l'aire de santé cela facilitera la révision rapide du cadre d'échantillonnage

4 8

Comme l'étude sera comparative dans ces aires de santé, il est encouragé d'utiliser 50% des bénéficiaires avec jardin potager et 50% des bénéficiaires sans jardin potager.

Limitations

Le projet ayant appuyé 8 HF, le contexte sécuritaire devra être évalué enfin de déterminer les accès avant l'étude ; ainsi donc noté qu'au stade actuel 3 aires de santé ne sont pas accessible (Bule dans la ZS Fataki, Chambucha dans la zone de santé de Itebero et Ufamandu dans la zone de santé de Katoyi)

7.3. Outils

Cette section 7 sera enrichis par le consultant, elle donne un aperçu sur les détails de la manière dont les données seront collectées, les outils de collecte de données et l'approche analytique. Le consultant s'appuiera sur ces informations pour proposer son approche de travail, qui fera partie de l'analyse de sa proposition technique.

Le tableau ci-dessous présente les rôles et responsabilités pour l'analyse de chacun des outils. Le consultant sera chargé de compiler les résultats de tous les outils de collecte de données dans les rapports préliminaires et finaux.

Voici une liste proposant les outils qui doivent être développer par le consultant et à inclure dans la proposition technique :

Tools Outils	Responsable
1. Questionnaire d'enquête des ménages	Consultant
2. GDC stratifiés en genre	Consultant
3. KII avec l'IT	Consultant
5. Questionnaire de GDC sur la satisfaction des ouvrages	Consultant
6. Fiche d'observation et Lesson apprise	Consultant
7. Matrice d'analyse qualitative et quantitative	Consultant

7.3.1. Rationnel des outils de collecte des données

L'équipe d'évaluation rationalisera l'ensemble des outils de collecte de données afin de n'inclure que ceux qui sont nécessaires pour répondre aux questions d'évaluation pertinentes et rendre la composante d'évaluation du projet plus rentable et plus rapide. À cette fin, l'équipe d'évaluation examinera en détail chaque question ainsi que les indicateurs clés afin de rationaliser les outils.

Les GDC stimulent la discussion, permettant à l'équipe d'évaluation et au personnel du projet de comprendre les nuances des opinions et des connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis aux activités WASH dans les centres de santé. Cette approche est bien adaptée aux questions d'évaluation sur la satisfaction des ouvrages EHA, tout en générant de nouvelles idées et en encourageant des recommandations de la communauté. En outre, les FGD réduisent les coûts d'évaluation car ils sont efficaces et permet de recueillir des informations provenant de plusieurs sources.

7.3.2. Formation de collecteurs des données

Le consultant avec Medair, recrutera et formera un maximum des 30 collecteurs de données à l'aide du matériel de formation élaboré par les consultants (présentations PowerPoint, documents et autres ressources de formation pour soutenir l'apprentissage des recenseurs). Les collecteurs de données externes seront tenus de respecter les exigences en matière de protection, notamment les vérifications des antécédents avant d'interagir avec les participants ou leurs informations personnelles identifiables. Les collecteurs de données effectueront une série d'évaluations afin de mesurer leur compréhension et leur respect des procédures de collecte de données quantitatives et qualitatives. Dans chaque base, l'équipe de collecte de données sera composée de 10 personnes (8 enquêteurs, 1 superviseur identifier par le consultant ou son associé, 1 superviseur de Medair).

7.3.3. Collecte des données et assurance qualité

Le personnel MEAL de Medair et les consultants individuels superviseront la collecte des données par le biais d'un suivi quotidien, de contrôles d'assurance qualité et de débriefings avec leur personnel de terrain.

Les recenseurs et les facilitateurs seront formés aux procédures appropriées d'anonymisation des données afin de garantir qu'aucune information personnelle identifiable (PII) non pertinente ne soit collectée et que toutes les données PII nécessaires soient traitées de manière appropriée et ne soient pas partagées (la section « Considérations éthiques et relatives aux sujets humains » pourra être développer dans la note technique et enrichis par Medair).

Les données quantitatives seront collectées à l'aide d'appareils mobiles et téléchargées quotidiennement sur le serveur en ligne sécurisé de Medair. Les procédures de saisie et de suivi des données garantiront que celles-ci sont collectées et suivies de manière sécurisée tout au long du processus de collecte. L'outil de suivi quotidien des données de Medair se met automatiquement à jour avec le nombre d'enregistrements téléchargés depuis la plateforme de données numériques. Ces totaux seront vérifiés par les personnes chargées du suivi des données sur le terrain. Tout problème ou toute divergence sera résolu avec les équipes de collecte de données, puis documenté en vue du nettoyage des données dans un logiciel de collecte de données quantitatives (ONA). Pour les données qualitatives, le personnel MEAL de Medair et le consultant surveillera le processus de collecte de données par le biais de débriefings quotidiens afin de résoudre tout problème ou toute divergence.

7.3.4. Analyse des données

Les données quantitatives seront nettoyées et préparées pour analyse. L'équipe MEAL de Medair et le consultant individuel travailleront avec les enquêteurs pour s'assurer que toutes les données manquantes sont traitées de manière appropriée et que les quatre étapes du processus de nettoyage sont respectées. Le nettoyage et analyse seront effectués dans Excel et SPSS et comprendra une analyse complète des valeurs aberrantes des résultats quantitatifs afin de garantir la cohérence des données. Un plan d'analyse détaillé sera également élaboré par le consultant afin de répondre à des questions d'évaluation spécifiques pour tous les moments considérés.

Les données qualitatives seront utilisées pour approfondir et contextualiser la compréhension des résultats quantitatifs, afin de dresser un tableau complet de l'environnement opérationnel du projet et de dégager l'impact. Les données qualitatives transcrites et traduites seront analysées à l'aide d'un logiciel qualitatif. Le consultant individuel commencera l'analyse des données en élaborant une structure de codage préliminaire basée sur les questions de l'évaluation, les protocoles d'entretien et les thèmes qui émergent lors de la collecte des données. À l'aide de ces données codées, Medair identifiera les thèmes qui se dégagent des données, affinera les concepts au fur et à mesure et finira par présenter les résultats globaux. Au cours de ce processus de réduction des données, Medair, caractérisera la prévalence des réponses, examinera les variations entre les groupes et identifiera les thèmes clés liés aux questions de l'évaluation. Les résultats qualitatifs serviront à combler les lacunes dans les informations et à mettre en lumière des facteurs non anticipés par la partie quantitative de l'étude, par exemple pour répondre à des questions de conception ou de durabilité. Le consultant individuel rédigera les conclusions sur la base des thèmes générés, qui seront ensuite contextualisés dans les informations recueillies lors de la phase d'examen des documents.

8. CALENDRIER/PLANNING :

8.1. Résultats attendus

Les résultats attendus de l'étude et le calendrier provisoire (sous réserve de la date de début de l'étude) sont décrits ci-dessous. Le consultant et Medair, conviendront des étapes et des délais définitifs lors de la phase de lancement.

8.2. Produits livrables et calendrier provisoire

Quoi	Qui est responsable	Qui d'autre est impliqué ?	Pour quand	Nombre de jours
Dépôt de proposition technique et financière du consultants (en respectant les exigences clés)	Consultant	Procurement et Administration	Du 30/01 au 11/02/2026	14
Sélection de candidat	Equipe de l'étude	Conseillers GSO	12 au 13/02/2026	2
Signature du contrat de service	Procurement	HR	13 au 16/02/2026	2
Révision du terme de références et finalisations technique : Les outils finaux de collecte des données (dans la langue du rapport) : - Instrument d'enquête - Mécanisme de collecte des données	Consultant, MEAL Manager	Equipe de l'étude	16 au 18/02/2026	3
Préparation technique, identification des enquêteurs et voyages vers le site de collecte des données	Consultant, MEAL Manager	HR et MEAL de base	17 au 19/02/2026	3
Formation des collecteurs des données (10 dans chaque axes)	Consultant	MEAL Manager	21 et 21/02/2026	2
Collecte des données (1 superviseur du consultant par axe, enquêteurs	Consultant, Enquêteurs	MEAL Manager	23 au 03/03/2026	9

4 8

proposé et prise en charge par Medair)				
Gestion et analyse des données : codage, transcriptions, nettoyage des données, intégration et analyse	Consultant	MEAL Manager	4 au 09/03/2026	5
Partage des bases des données et résultats de l'étude Une réunion de présentation des principaux résultats sera partagée avant le début de rapport	Consultant	MEAL Manager	10/03/2026	1
Préparation du rapport par le consultant	Consultant	MEAL Manager	9 au 13/03/2026	5
Première version du rapport final	Consultant	Equipe de l'étude	16/03/2026	1
Révision du premier projet de rapport	Conseillers Technique, Direction Medair COD et GSO	Equipe de l'étude	16 au 18/03/2026	3
Réunion avec les évaluateurs et l'équipe d'évaluation pour finaliser le rapport	Consultant	Equipe de l'étude	19/03/2026	1
Rapport final de l'étude et soumission des données et des analyses	Consultant	Equipe de l'étude	23/03/2026	1

9. SERVICES FOURNIS

A. PAR MEDAIR

- Medair s'engage à respecter l'accord qui sera signé entre lui et le consultant
- Medair disponibilisera un local dans ce bureau soit à Goma, Bunia ou Butembo selon le cas ; Les heures de bureau normales sont de 8h00 à 17h00, du lundi au vendredi. Pendant la collecte des données sur le terrain, le consultant devra travailler le samedi de 8 h à 17 h. le consultant, mais celui-ci devra apporter son propre matériel informatique
- Medair s'occupera des aspects logistique et paiement de collecteurs des données (leurs déplacements dans le lieu de travail et paiement de leur service)
- Medair mettra à disposition le rapport de la Baseline ainsi que les données du screening nutritionnel réaliser pour orienter le consultant dans ces analyses
- Medair disponibilisera un point focal MEAL pour appuyer les consultants selon le besoin.

B. PAR LE CONSULTANT

A. Services fournis par le consultant individuel

- Medair recherche un consultant individuel pour l'évaluation End line afin de soutenir la mise en place d'un terme de référence finis incluant la méthodologie, les outils de collecte de données, l'analyse et la production du rapport d'évaluation à mi-parcours.
- Le consultant individuel participera à la formation des enquêteurs afin de les aider à maîtriser les outils de collecte de données.
- Le consultant individuel (s'il est à Goma) travaillera à temps plein dans les bureaux de Medair à Goma pendant la préparation de l'évaluation, l'analyse des données et la rédaction du rapport d'évaluation,
- Le consultant ou son superviseur sera tenu de se rendre dans d'autres lieux de collecte des données pour supervisions. Tout déplacement nécessaire doit être approuvé au préalable par Medair, conformément à la politique de Medair en matière de déplacements.

B. Le consultant doit fournir les livrables suivants pour chaque étape du processus d'évaluation Endline pendant le processus d'évaluation :

- Supervision de la collecte des données.
- Rapport de supervision de la collecte des données ;
- Une ébauche du rapport d'évaluation Endline ;
- Un rapport final rédigé en français qui intègre les commentaires de Medair (RDC et GSO) dans l'ébauche du rapport (versions publique et interne, le cas échéant)
- Données brutes (qualitatives et quantitatives) et documentation appropriée, y compris un data cleaning log et une base des données avec des analyses (graphiques)
- Présentation des principales conclusions lors d'une réunion des parties prenantes à l'évaluation

- Section 7 La section « Méthodologie et outils » détaille la manière dont les données seront collectées, les outils de collecte de données et l'approche analytique. Le consultant s'en servira pour proposer son approche de travail, qui fera partie de l'analyse de sa proposition technique.
- Le tableau ci-dessous met en évidence les rôles et responsabilités pour l'analyse de chacun des outils.
- Le consultant sera chargé de compiler les résultats de tous les outils de collecte de données dans les rapports préliminaires et finaux.

10. SÉCURITÉ

Toutes les mesures raisonnables seront prises pour assurer la sécurité du Consultant ; toutefois, Medair et le Consultant ont conscience des risques inhérents par nature au travail humanitaire et les acceptent. Si Medair s'efforce d'offrir un environnement de travail sûr et adapté, l'organisation reste uniquement tenue d'agir dans la mesure du raisonnable et du possible au vu des circonstances. Plus d'information sera fournis par Medair lors de la signature du contrat.

11. Expérience et compétences requises

Le candidat consultant doit joindre à sa proposition technique et financière son CV et au moins deux rapports d'évaluation attestant de son expérience pertinente pour répondre à cet appel à propositions.

Compétences minimales requises pour le candidat consultant

- Expérience avérée dans la prestation de services similaires dans le pays et dans le contexte des ONG internationales
- Diplôme universitaire en Economie, Statistiques, Développement International, Sciences Sociales ou dans une discipline connexe ; un diplôme supérieur (master) est favorable
- Expérience avancée dans l'analyse et les outils de données qualitatives et quantitatives ;
- Diplôme avec une qualification en suivi évaluation de projet de santé et nutrition ;
- Expérience dans la collecte, l'analyse, l'interprétation et la communication de données ;
- Connaissance des subventions et des accords de coopération du gouvernement suisse (ou des mécanismes de financement similaires) par l'intermédiaire de SDC ;
- Au moins 3 ans d'expérience dans la conduite de recherches et/ou d'évaluations de projets dans les domaines de santé, nutrition, sécurité alimentaire (avec un focus sur les jardins potagers);
- Excellentes compétences en rédaction, en recherche et en communication requises ;
- Expérience requise avec Microsoft Excel, ONA, QLIK, SPSS, STATA et PowerPoint ;
- Excellente maîtrise du français, à l'écrit comme à l'oral ; connaissance de l'anglais est un atout
- Capacité à produire un travail de qualité dans les délais impartis et sous pression.

12. CRITERES D'EVALUATION

Critère	Points possible
1. Approche technique	
A. La méthodologie, l'approche et le plan de mise en œuvre proposés démontrent qu'ils permettront de satisfaire aux exigences du cahier des charges du projet. B. La proposition est claire et la séquence des activités et la planification sont logiques, réalistes et promettent une mise en œuvre efficace de l'évaluation. C. Décrit les activités à mettre en œuvre, comment et par qui, ainsi que les délais proposés pour chaque objectif/livrable/étape majeur décrit dans le cahier des charges.	40
2. Personnel	
A. Diplômes universitaires B. Expérience en tant que chef d'équipe/coordonateur (cv de 3 collaborateurs qui joueront le rôle de chef d'équipe selon le 3 base) C. Expérience professionnelle et expertise dans le domaine technique a) Expérience dans la réalisation d'évaluations d'impact et de performance de programmes dans les domaines de santé, nutrition, sécurité alimentaire (avec un focus sur les jardins potagers), y compris une expérience préalable dans la conception de recherches expérimentales et quasi expérimentales b) Expertise avérée dans la conception d'évaluations, l'analyse statistique et l'échantillonnage, le développement d'outils de collecte de données quantitatives et qualitatives, la gestion de la collecte de données, l'analyse et la visualisation de données, et la rédaction de rapports	35
3. Frais et coûts associés	
A. Le degré d'imputabilité des coûts B. Le degré de raisonabilité des coûts C. Le degré d'admissibilité des coûts D. Une description claire et concise du budget	25

4 8

13. HONORAIRES DU CONSULTANT, MODALITÉS DE PAIEMENT ET RESPONSABILITE

Noter que ces sections ainsi que d'autre condition seront présentées et discuté avec le consultant qui sera recruté et constituerons les chapitres de contrat de service.

Details de paiement

- 10% après approbation du kit de collecte des données et proposition technique par Medair
- 20% à la fin de la formation des enquêteurs
- 20% à la fin de la collecte des données
- 30% après soumission et approbation du premier draft du rapport
- 20% après soumission et approbation du rapport final incluant tous les livrables de l'étude.

14. CONSTITUTION DU DOSSIER

1. Proposition technique ou Note technique en lien avec les objectifs de cette étude incluant le plan de méthodologie et équipe proposée pour l'évaluation.
2. Une proposition financière incluant le budget détaillé de l'activité avec un narratif expliquant les couts proposés (Noté que Medair prendra en compte les couts de collecte pas besoin de les inclure dans le budget): Medair pourra négocier le cout de l'activité à fonction du budget disponible.
3. Deux rapports d'évaluation précédente pouvant prouver votre expertise dans les domaines de HEA, Nutrition et WASH ainsi que 2 références ou contrant de ces études
4. Profil du cabinet
5. Dossier administratif

Les cabinets de consultants sont invités à inclure les éléments suivants dans leurs propositions :

- Les CV détaillés de l'équipe de consultance participant à l'exercice, mettant en évidence l'expérience pertinente, les qualifications et les expériences spécifiques liées à l'étendue de cet exercice ;
- Références techniques : expériences antérieures dans des projets similaires ; Attestation de bonne fin d'exécution ;
- Documents administratifs : (1) Registre de Commerce et Crédit mobilier (RCCM), (2) Statut de l'entreprise / ONG ou acte constitutif, (3) Numéro d'identification nationale (entreprise), (4). Attestation d'affiliation à la CNSS, (5). Numéro d'identification Impôt (NIF), (6). Quitus fiscal, (7). Attestation de l'INPP, (8). Attestation de l'ONEM

TdR préparé par :	Vicky Mbuyi, COD MEAL Manager
TdR Revu:	- CHIBWE MAMBWE_ GSO MEAL Advisor - Gabriele ROSSI_ GSO HEALTH and NUTRITION Advisor - Bonshi WETESHE_ Coordonateur Nutrition
TdR revu et approuvé et signé par :	Pierre -Olivier NGADJOLE_ COD Health and Nutrition Advisor
TdR approuvé et signé par :	Marian Wetshay Van Der Snoek, Country Director
Date d'approbation et soumission au Procurment :	Vendredi le 30. 01. 2026

