



Collection Evaluation de projet externe
En direct des projets



Évaluation à mi-parcours du Projet

*Promouvoir le développement intégré des enfants et des
services inclusifs pour tous au Rwanda*

janvier 2022 – décembre 2026

28 avril 2025

Anaïs Loizillon



Auteur(s)

LOIZILLON Anaïs

Edition

Humanité & Inclusion

Direction des opérations

Crédit photo (couverture)

© HI staff/HI, 2024, Rwanda

Remerciements

Ce rapport d'évaluation à mi-parcours a été développé entre janvier et avril 2025.

L'équipe de l'évaluation tient à remercier toutes les personnes interrogées et impliquées dans le processus d'évaluation pour leur disponibilité, leur temps et la richesse des échanges et des discussions. Elle tient tout particulièrement à remercier Mesdames Melanie Geiser, Directrice de programme au Rwanda et Aline Villette, spécialiste technique régionale soins attentifs, du bureau HI au Rwanda pour leur coopération soutenue et leur soutien depuis le début de l'évaluation. Aussi, nous remercions Mesdames Dancille Mukayisenga et Diane Umuhire et Monsieur Désiré Nsengiyumva ainsi que tout le personnel de HI qui nous a soutenu dans la réalisation du travail de terrain au Rwanda.

Ce rapport a été rédigé par Madame Anaïs Loizillon, spécialiste en éducation et de la petite enfance. Monsieur Norbert Sangano, de nationalité rwandaise, était le coordinateur de la collecte de données ; les énumérateurs étaient Madame Peace Umutoni et Monsieur Emmy Butera.

La responsabilité du contenu de ce rapport d'évaluation incombe à l'équipe de l'évaluation. Les points de vue et opinions contenus dans le rapport ne doivent pas être attribués à l'équipe HI ou à ses partenaires.

Le point de contact pour cette évaluation à mi-parcours est Anaïs Loizillon (a.loizillon@gmail.com).

Sommaire

Table of Contents

1. Présentation de l'intervention évaluée	8
1.1. HI et l'intervention concernée.....	8
1.2. Objectifs de l'intervention	9
1.3. Activités déployées dans le cadre de cette intervention	10
2. Présentation de l'évaluation.....	12
2.1. Enjeux et objectifs	12
2.2. Questions évaluatives.....	12
2.3. Utilisateurs et utilisations de l'évaluation	14
2.4. Méthodologie.....	15
2.5. Mise en œuvre de la collecte de données	17
3. Résultats de l'analyse et appréciation du projet	20
3.1. Pertinence.....	20
3.2. Efficacité	28
3.3. Efficience.....	44
3.4. Partenariat	48
4. Conclusions	49
4.1. Pertinence : L'intervention répond-elle au problème ?.....	49
4.2. Efficacité : L'intervention atteint-elle ses objectifs ?.....	49
4.3. Efficience : Les ressources sont-elles utilisées de manière optimale ?	50
4.4. Partenariat : Les partenaires opérationnelles sont-elles impliquées dans le projet ?	50
5. Recommandations	51
5.1. Recommandation 1 : Renforcer davantage la gestion, la supervision et le suivi des formations et des activités au niveau des districts, notamment en sollicitant les agents sectoriels du district.....	51
5.2. Recommandation 2 : Cibler un appui renforcé au niveau communautaire sur les aspects du Cadre de soins attentifs qui ne sont pas encore acquis de manière soutenue, ainsi que sur l'apprentissage par le jeu. Impliquer davantage les parents dans l'apprentissage précoce de leur enfant.....	51
5.3. Recommandation 3 : Pour la deuxième phase du Projet, développer des rapports de suivi par CI et suivant la typologie des activités incluses dans celles-ci.....	52

5.4. Recommandation 4 : Diversifier les sources de revenus du projet afin d'améliorer les apports et accélérer les résultats des changements intermédiaires (CI). Certains éléments clés gagneraient à être renforcés davantage, comme le soutien à la qualité des entres ECD, ainsi que les formations et supervisions plus fréquentes et touchant un plus grand nombre d'acteurs au niveau communautaire..... 53

6. Annexes..... 55

A.1	Bibliographie	56
A.2	Termes de référence (en anglais)	61
A.3	Théorie du changement.....	73
A.4	Matrice d'évaluation (en anglais).....	74
A.5	Le Cadre de Soins Attentifs	81
A.6	Le Projet Soins Attentifs au Rwanda.....	82
A.7	Liste des activités conçues dans le Projet Soins Attentifs au Rwanda	83
A.8	L'outil Blue Box.....	86
A.9	Les taux de retards de croissance (« stunting ») par secteur, Rwanda	88
A.10	Politique et cadre pour la qualité de Projets (HI)	89
A.11	Document de consentement	90
A.12	Instrument FGD et KII pour les parents (en anglais).....	92
A.13	Instrument FGD et KII pour les structures (en anglais)	102
A.14	Instrument FGD et KII pour le niveau District.....	121
A.15	Instrument KII pour le niveau national	131
A.16	Feuille de participation pour les parents	140

Liste des tableaux

Tableau 1. Critères d'évaluation et questions évaluatives à mi-parcours	13
Tableau 2. Utilisateurs et utilisations prévus	14
Tableau 3. Personnes interrogées par rôle	19
Tableau 4. Les principales barrières à l'éducation pour les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement.....	22
Tableau 5. Typologie des activités du Projet Soins Attentifs effectués entre 2022 et 2024	28

Tableau 6. Aperçu des résultats liés aux changements intermédiaires de la période 2022 -2024	31
Tableau 7. Exemples de qualité insatisfaisante identifiée par les parents des centres DPE.....	35
Tableau 8. Enfants ayant reçu une référencement pour des soins spécialisés, par district, par sexe et par âge	37
Tableau 9. Matrice de l'évaluation à mi-parcours du Projet Soins Attentifs au Rwanda.....	74
Tableau 10. Aperçu général du Projet.....	82
Tableau 11. Activités composantes du Projet (2022-2026)	83

Liste des figures

Figure 1. Zones d'intervention du Projet dans les districts du Rwanda.....	11
Figure 2. Aperçu de la collecte de données	18
Figure 3. La théorie du changement du Projet Soins Attentifs	73
Figure 4. Les cinq composantes des soins attentifs	81
Figure 5. Outil pour résumer les étapes de développement de la petite enfance.....	86
Figure 6. Description de l'activité Blue Box	87
Figure 7. Estimation de la prévalence du retard de croissance de l'enfant au niveau des secteurs (estimation)	88
Figure 8. Le cadre de qualité de HI (en anglais)	89

Abréviations

ASC	Agent de santé communautaire (CHW en anglais)
CEHO	Community and Environmental Health Officer
CFM	Child Functioning Module
CHW	Community health worker (Agent de santé communautaire)
CI	Changement intermédiaire
DGD	Direction Générale de Développement (Belgique)
DPE	Développement de la petite enfance
ECD	Early childhood development (DPE en français)
ESSP	Education Sector Strategic Plan
HI	Humanity & Inclusion
HVP	Home de la Vierge des Pauvres
ICM	Inclusive Case Management (Gestion inclusive des dossiers)
IZU	Inshuti z'Umuryango (Amis des familles)
JADF	Joint Action Development Forum
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
MCCH	Maternal, child and community health
MDAT	Malawi Development Assessment Tool
MIGEPROF	Ministère du Genre et de la Promotion familiale
MINALOC	Ministère de l'Administration Locale (Ministry of Local Government)
MINEDUC	Ministère de l'Éducation (Ministry of Education)
MOH	Ministère de la Santé (Ministry of Health)
NCDA	National Child Development Agency
NCF	Nurturing Care Framework
NECDP	National Early Childhood Development Program
NST	National Transformation Strategy
OCDE-CAD	Organisation de coopération et de développement économiques – Comité d'aide au développement
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PQP	Project Quality Policy (PQP)
RBC	Rwanda Biomedical Centre (affilié au MOH)
RDC	République démocratique du Congo
RMNCH	Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health

ROE	Rwanda Organisation for Epilepsy
ScoPeO	Score of Perceived Outcomes
SEN	Special education needs (Besoins éducatifs spéciaux)
SONU-B	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
TDR	Termes de référence
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
WASH	Eau, assainissement et hygiène (Water, Sanitation and Hygiene)

1. Présentation de l'intervention évaluée

1.1. HI et l'intervention concernée

Humanity & Inclusion (HI) est une organisation non gouvernementale internationale, qui regroupe une Fédération qui est chargée de la mise en œuvre de missions sociales dans une soixantaine de pays et huit associations nationales en Europe et en Amérique du Nord.¹ Établie au Rwanda depuis 1994 à la suite du Génocide perpétré contre les Tutsis, HI œuvre pour améliorer les conditions de vie des personnes vulnérables à travers son soutien aux Projets de développement du pays. Notamment, HI se focalise sur des Projets à base communautaire et en partenariat avec le gouvernement, tels que l'éducation inclusive, la protection de l'enfant et la santé mentale dans les camps de réfugiés.

Le Projet « Promouvoir le développement intégré des enfants et des services inclusifs pour tous au Rwanda » (ci-après, le « Projet Soins Attentifs » ou le « Projet ») s'inscrit au sein d'une riche expérience communautaire au Rwanda. En 2022, HI a signé un accord-cadre avec le gouvernement belge pour un programme quinquennal de huit pays ciblés, dont le Rwanda, la République démocratique du Congo (RDC) et l'Ouganda. Dans ces trois pays, les Projets « Promouvoir le développement intégré des enfants et des services inclusifs pour tous » ont été adaptés pour chaque contexte et ont été mis en œuvre suivant un Cadre des soins attentifs élaboré par l'OMS, la Banque mondiale et l'UNICEF. Ce Projet vise à combler une lacune dans la mise en œuvre de services intégrés autour de la petite enfance pour les enfants handicapés ou ayant des retards de développement.

Ce Projet arrive à point nommé au Rwanda. Au cours des deux dernières décennies, le Rwanda a fait des progrès remarquables en matière de développement, et notamment pour ses enfants. Le gouvernement rwandais a fait du développement de la petite enfance (DPE) une des fondations du développement du pays. Grâce à la Politique nationale de développement de la petite enfance (2016), les Normes et standards minimums pour les services de DPE au Rwanda (2016), le Rwanda a établi l'objectif national de promouvoir le développement optimal de l'enfant en conformité avec les standards internationaux. La création de l'Agence nationale de développement de l'enfant (NCDA) en vertu d'une ordonnance présidentielle en 2020 a renforcé l'attention portée à la petite enfance avec une nouvelle gouvernance pour soutenir une approche intégrée de la prestation de services de DPE. La création de centres de développement de la petite enfance (DPE), entre autres engagements et initiatives publics, a jeté les bases d'une augmentation des investissements dans la qualité et l'accès aux programmes visant à soutenir le développement des enfants de la conception jusqu'à l'âge de 6 ans au Rwanda.

Ces politiques s'inscrivent dans le mouvement mondial visant à reconnaître l'importance de la petite enfance comme fondement du développement tout au long de la vie. En 2015, la communauté internationale a créé les Objectifs de développement durable (ODD), où l'inclusion d'une protection spécifique pendant cette période est présente dans toutes les cibles des ODD, y

¹ Site HI.org.

compris sur la malnutrition (ODD 2.1 et 2.2), la mortalité maternelle et infantile (ODD 3.1 et 3.2), l'apprentissage précoce (ODD 4.2), l'eau et l'assainissement (ODD 6.1 et 6.2) et la protection contre la violence (ODD 16.2). Ensemble, ils définissent un programme DPE pour tous les enfants du monde.

Les principales réalisations dans le domaine de la santé, de la nutrition et du développement de la petite enfance sont nombreuses au Rwanda et comprennent l'augmentation du taux d'accouchements qui s'effectuent dans les centres de santé, un personnel de santé communautaire formé faisant le suivi des besoins de la femme enceinte, du nouveau-né et de l'enfant, la réduction des taux d'émaciation et de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans et plus de 31 000 centres DPE à travers le pays.²

Cependant, des lacunes subsistent pour que tous les jeunes enfants aient la possibilité de survivre et de s'épanouir, et tout particulièrement pour les plus vulnérables et les laissés pour compte, dont les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement. Ces enfants sont souvent invisibles, n'ayant pas accès aux services de santé ou d'éducation adéquats et adaptés. La détection précoce des retards de développement et une intervention appropriée sont essentielles pour adresser les soucis et prévenir certaines affections concomitantes, dont le retard de croissance.³ Au Rwanda, les enfants ayant un retard de développement ou un handicap continuent à être confrontés à d'importantes barrières d'accès à des services de diagnostics et de réhabilitation.⁴ En outre, les maladies mentales, y compris l'épilepsie, sont fortement associées à la stigmatisation et à l'exclusion sociale, spécialement dans les zones reculées.⁵

1.2. Objectifs de l'intervention

Le Projet « Promouvoir le développement intégré des enfants et des services inclusifs pour tous au Rwanda » a été conçu pour fournir un ensemble intégré de services à la petite enfance aux enfants âgés de 0 à 12 ans au Rwanda.⁶ Basée sur une approche créée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF et la Banque mondiale, le Projet Soins Attentifs considère que le développement du jeune enfant est sensible à son environnement et qu'il bénéficie d'un apport holistique dès sa naissance. Les cinq composantes des soins attentifs résumées dans la Figure 4 (A.5) sont : une bonne santé, une nutrition adéquate, des soins répondant aux besoins, la sécurité, la sûreté et des opportunités pour l'apprentissage précoce. Ensemble, elles représentent les conditions qui assurent le développement optimum d'un jeune enfant depuis sa naissance. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies à travers les premières années de la vie, l'enfant est à risque d'un retard de développement et peut en subir des séquelles pour le reste de sa vie.

La Théorie du Changement (TdC) du Projet vise un changement à long terme, notamment, l'optimisation du développement et de la qualité de vie des enfants (0-12 ans), en particulier ceux

² UNICEF (2024).

³ Nkurunziza et al. (2024).

⁴ UNICEF (2024).

⁵ Sebera et al. (2015).

⁶ D'autres caractéristiques et informations du Projet sont résumées dans l'A.5.

qui sont handicapés ou risquant d'avoir un retard de développement au Rwanda. La Figure 3 (A.3) présente la TdC et ses composantes, les hypothèses pour les voies du changement, et les changements intermédiaires qui ressortent des activités du Projet. Par cette TdC, le Projet adresse plusieurs facteurs qui viellent à la prévention des handicaps, depuis la grossesse et lors des cinq premières années de sa vie. Il adresse aussi un besoin d'amélioration des services de santé, de réhabilitation et d'éducation pour les enfants depuis la naissance jusqu'à 12 ans laissés pour compte à cause de leur handicap. Ces deux orientations définissent les deux domaines de changement du Projet :

- Domaine de changement 1 : Amélioration de la motricité globale, de la motricité fine, du langage et du développement social des enfants de 0 à 5 ans par la prévention primaire des handicaps, la détection précoce et l'intervention précoce.
- Domaine de changement 2 : Amélioration de la qualité de vie des enfants de 6 à 12 ans grâce à des services de santé, de réadaptation et d'éducation appropriés au sein de communautés locales sûres et inclusives.

Les activités du Projet visent à effectuer quatre changements intermédiaires :

- Changement Intermédiaire CI 1 : Les enfants (0 à 12 ans) ont accès à des opportunités adéquates de stimulation précoce, d'apprentissage, de développement et de protection.
- Changement Intermédiaire CI 2 : Les aidants, parents et/ou figures parentales ainsi que les communautés locales offrent un environnement sûr et favorable au développement et à la participation des enfants âgés de 0 à 12 ans.
- Changement Intermédiaire CI 3 : La qualité des services inclusifs de santé, de réadaptation et d'éducation est améliorée pour répondre aux besoins des enfants âgés de 0 à 12 ans, en particulier ceux qui sont handicapés ou à risque de retard de développement.
- Changement Intermédiaire CI 4 : Les politiques, stratégies, plans d'action et lignes directrices nationaux promeuvent les soins attentifs, le développement de la petite enfance et la qualité de vie des enfants.

1.3. Activités déployées dans le cadre de cette intervention

Le Projet a mis en œuvre 29 activités différentes au niveau communautaire (cellules), des secteurs et des districts ainsi que deux activités transversales. L'appui de HI aux services de santé, d'éducation et de la petite enfance s'effectue à travers de multiples approches, dont le renforcement de capacités, des sensibilisations communautaires, des appuis d'équipements, des appuis financiers et la création et déploiement d'outils de suivi et d'évaluation. Les activités principales sont reprises dans le tableau de l'A.7.

Une partie des activités se centrent autour des lieux suivants :

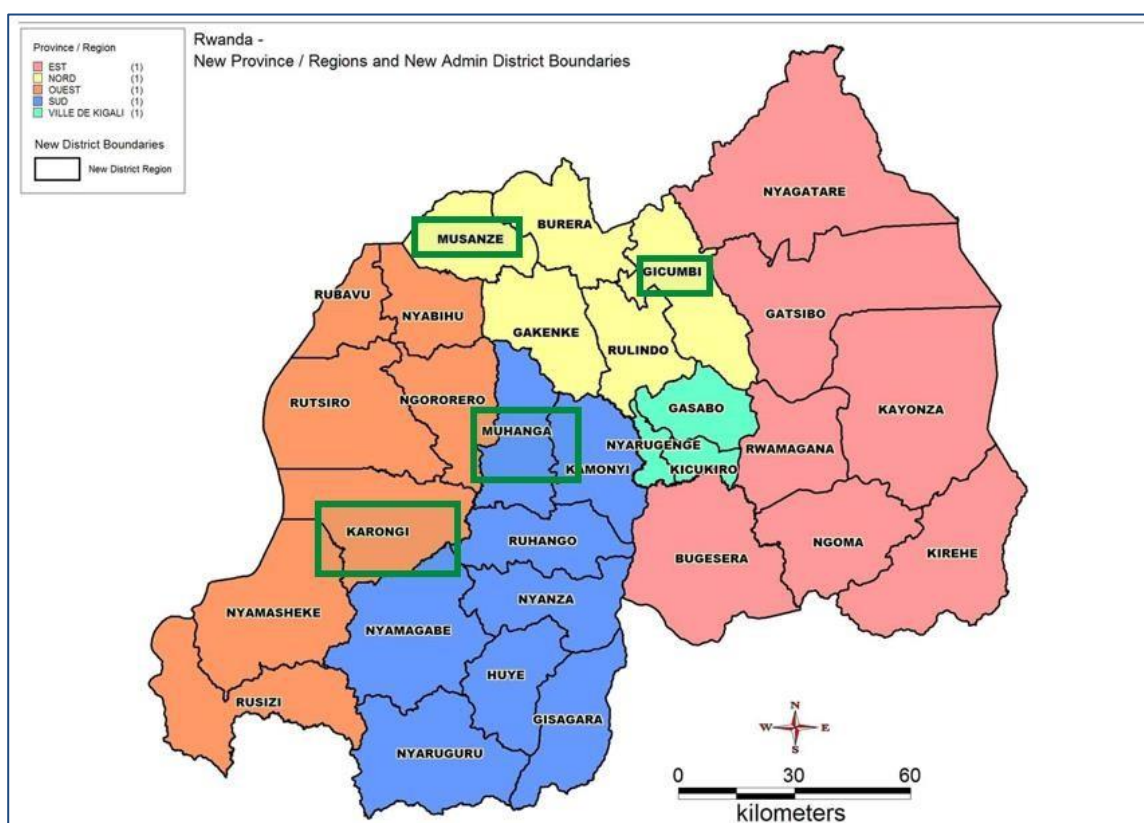
- 44 centres DPE (« home-based » et « community-based ») au niveau des cellules – 2 dans le même secteur ;

- 22 écoles publiques du même secteur (que les centres DPE) dites « inclusives »⁷ ;
- 25 centres de santé du même secteur ; et
- 3 hôpitaux dits de référence avec des services de réadaptation.

La Figure 1 montre les zones où a été déployé le Projet Soins Attentifs, soit dans 3 provinces, 4 districts et 22 secteurs :⁸

- Province du Nord : districts de Gicumbi (4 secteurs sur 21) et Musanze (7 secteurs sur 15)
- Province du Sud : district de Muhanga (5 secteurs sur 12)
- Province de l'Ouest : district de Karongi (6 secteurs sur 13)

Figure 1. Zones d'intervention du Projet dans les districts du Rwanda



Note : Les zones du Projet correspondent à ceux dont le nom est encadré en vert.

Source : HI (2022). Rapport Cartographie des acteurs et des services dans les districts de Karongi, Gicumbi, Musanze et de Muhanga de la zone de Projet.

⁷ Au Rwanda, une école inclusive est une école de secteur qui adoptée une politique d'école accessible et sans barrières pour accommoder tous les apprenants. Elle est différente d'une école spécialisée qui n'accueille que les enfants avec un handicap physique ou mentale et qui ne peut pas être accueilli dans une école inclusive à cause de ses besoins spécifiques.

⁸ Depuis 2006, Rwanda compte 5 provinces, 30 districts et 416 secteurs.

Dans le cadre de ce Projet, HI a développé des partenariats avec 8 organisations de la société civile (OSC, dont 6 appuyées financièrement) dans les quatre districts ainsi que deux partenaires opérationnels au niveau national (Rwanda Organisation for Epilepsy (ROE) et Home de la Vierge des Pauvres (HVP) Gatagara).

Le Comité de pilotage du Projet inclut comme membres les représentants du NCDA et de Rwanda Biomedical Centre (affilié au MOH), les directeurs des hôpitaux impliqués dans le Projet, les partenaires institutionnels et opérationnels, ainsi que les directeurs de santé, d'éducation, des DPE, le représentant des titulaires et des Inshuti z'Umuryango (Amis des familles, IZU) au niveau des quatre districts.

2. Présentation de l'évaluation

L'évaluation à mi-parcours du Projet Soins Attentifs a été commandée par Humanity & Inclusion (HI) Rwanda en 2024. Selon les Termes de Référence (TDR dans l'A.2), HI Rwanda cherche à comprendre « l'efficacité du Projet et la mesure dans laquelle il a contribué à la réalisation de ses objectifs ».

2.1. Enjeux et objectifs

L'objectif principal de cette évaluation à mi-parcours est d'évaluer le niveau et les conditions d'avancement de l'opérationnalisation du cadre de soins attentifs dans les quatre districts du Rwanda à travers le Projet, de tirer les leçons de cette première période et d'identifier les ajustements nécessaires à l'intervention du Projet avant la fin 2026.

L'objectif général de l'évaluation à mi-parcours prévoit quatre objectifs spécifiques :

- Évaluer dans quelle mesure les soins attentifs ont été dispensés aux enfants dans les cinq domaines (santé, nutrition, éducation, sécurité/protection, interaction positive entre parents et enfants) en synergie et complémentarité entre les acteurs ;
- Présenter les leçons apprises et les preuves de l'opérationnalisation du cadre de soins attentifs ;
- Présenter les preuves selon les critères suivants : Pertinence, Efficacité, Efficience et Partenariat ;
- Fournir des recommandations et des suggestions réalistes et réalisables en termes de développement d'une stratégie optimale et d'un plan de travail pour la prochaine phase du Projet.

La portée de l'évaluation comprend l'ensemble du Projet Soins Attentifs qui a débuté en janvier 2022, avec une mise en œuvre dans les quatre districts débutant en juin 2022.⁹ Cette évaluation concerne les deux premières années jusqu'en décembre 2024.

2.2. Questions évaluatives

L'évaluation a combiné des éléments sommatifs et formatifs et a utilisé une approche fondée sur la théorie et les méthodes mixtes. Elle s'est concentrée sur les critères révisés du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), notamment : la Pertinence, l'Efficacité et l'Efficience. De plus, les quatre critères de

⁹ HI (2022). Revue quadrimestrielle DGD – août.

l'évaluation sont basés sur le cadre de qualité des Projets de HI dans la Politique de la Qualité de Projets (PQP) et auxquels se rajoute Partenariat.¹⁰ Les questions d'évaluation sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1. Critères d'évaluation et questions évaluatives à mi-parcours

Critères	Questions évaluatives
PERTINENCE	<u>Besoins</u> QE 1 : Le Projet répond-t-il aux besoins les plus pressants des 5 domaines du cadre des soins attentifs ? QE2 : Répond-il aux priorités des autres parties prenantes et s'intègre-t-il de manière cohérente avec les autres interventions en cours dans la zone pour assurer une réponse globale aux besoins multiples et évolutifs des enfants de 0-12 ans et leurs parents ?
	<u>Leçons apprises</u> QE 3 : Est-ce que le Projet a considéré les leçons apprises de ses expériences lors des difficultés et le contexte de l'intervention ? QE 4 : Comment le Projet a-t-il intégré les retours et les leçons tirées pour améliorer sa mise en œuvre ?
EFFICACITÉ	<u>Résultats</u> QE 5 : Est-ce que nous sommes en voie d'atteindre les objectifs du Projet ? QE 6 : Les résultats font-ils l'objet d'un suivi régulier et les Projets ont-ils fait l'objet des ajustements nécessaires pour atteindre leurs objectifs ?
EFFICIENCE	<u>Compétences</u> QE 7 : L'équipe Projet et les partenaires du Projets possèdent-ils les compétences nécessaires à la mise en œuvre du Projet en suivant l'approche soins attentifs ? QE 8 : Les rôles ainsi que les responsabilités sont-ils clairement définis ?
	<u>Optimisation</u> QE 9 : Dans quelle mesure les ressources du Projet (humaines, logistiques, financières, temporelles) sont-elles optimisées ? QE 10 : Dans quelle mesure les ressources disponibles ont-elles permis au Projet d'atteindre ses objectifs ?
PARTENARIAT	<u>Collaboration</u> QE 11 : Le Projet développe-t-il de manière collaborative des partenariats opérationnels qui sont à la fois réfléchis, pertinents et efficaces pour la mise en œuvre des interventions pour avancer les soins attentifs et l'adoption du cadre de soins attentifs aux niveaux du district et national ?

¹⁰ Le cadre de la qualité des Projets HI dans la politique de qualité des Projets (PQP) (voir l'A.10). OECD (2021).

Critères	Questions évaluatives
	<u>Implication</u> QE 12 : Comment les partenaires sont-ils régulièrement informés et impliqués activement dans les processus de décision argumentés et transparents concernant les orientations, la mise en œuvre, l'atteinte des objectifs et le succès du Projet, en particulier vis-à-vis de l'approche du cadre des soins attentifs ? QE 13 : Comment le Projet contribue-t-il à renforcer les capacités de ses partenaires en tant que des acteurs clés dans le secteur de la petite enfance et des soins attentifs ?

Une matrice d'évaluation a été élaborée pour guider la collecte de données et est disponible dans l'A.4. La matrice est organisée selon les quatre critères d'évaluation susmentionnés. Les principales questions d'évaluation (QE) sont incluses ainsi que des questions spécifiques sous chaque question d'évaluation principale. Dans la deuxième colonne, les « questions à prendre en considération » sont utilisées pour les points soulevés à prendre en considération dans l'évaluation et dans les instruments de collecte de données. Aussi, la matrice d'évaluation comprend une série de points d'intérêts que l'équipe d'évaluation a utilisés pour préparer les instruments de collecte de données. Les deux dernières colonnes précisent les parties prenantes qui seront impliquées ainsi que les sources utilisées pour répondre aux questions : cela comprend la collecte de données qualitatives primaires, une revue documentaire des documents du Projet, d'autres documents de recherche pertinents au Rwanda et les données quantitatives primaires collectées par HI.¹¹

2.3. Utilisateurs et utilisations de l'évaluation

Les utilisateurs et les utilisations prévus du rapport de l'évaluation à mi-parcours ont été identifiés dans les TdR et confirmés lors de la phase de démarrage. Ils sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2. Utilisateurs et utilisations prévus

Utilisateurs primaires	Utilisations
Partenaires de mise en œuvre et personnel du Projet	Partager les principaux points et les recommandations de l'évaluation, en particulier ceux liés à leur domaine de travail. Revoir le plan d'action basé sur les recommandations.
Personnel HI du Projet	Partage des points principaux et discussion autour des recommandations. Discuter de la manière de mettre en œuvre les recommandations. Rédiger un plan d'action pour mettre en œuvre les recommandations.
Fonctionnaires nationaux/locaux et autres partenaires dans les zones d'intervention du Projet	Partage des points principaux et des recommandations.

¹¹ Les documents révisés sont inclus dans la bibliographie (A.1).

Utilisateurs primaires	Utilisations
Comité de pilotage du Projet	Partage des points principaux et des recommandations. Discussion sur la manière d'appliquer les recommandations.

2.4. Méthodologie

2.4.1. Approche de l'évaluation

Cette évaluation à mi-parcours est une évaluation sommative et formative, basée sur la théorie du changement (TdC) du Projet (A.3). L'évaluation a tenté de décrire les progrès réalisés par rapport aux objectifs, conformément à la TdC et au cadre logique, sur la base des données primaires et secondaires disponibles. Trois approches ont été appliquées lors de la conduite de l'évaluation :

- Une approche théorique : Au cours de la phase de démarrage, l'équipe d'évaluation a pris en compte la TdC publiée pour le Projet qui est mis en œuvre simultanément en République démocratique du Congo, au Rwanda et en Ouganda. En tant que tel, la TdC est censé refléter l'approche théorique de la mise en œuvre du Projet Soins Attentifs au Rwanda. De ce fait, la TdC a été examiné au regard des questions d'évaluation de la matrice d'évaluation et a contribué à éclairer les questions incluses dans les instruments de terrain. Cela a également permis d'établir des résultats en fonction des critères d'évaluation et de formuler des recommandations pour la programmation future.
- Une approche participative : Étant donné que HI et les principales parties prenantes du gouvernement sont désireux de développer une approche plus inclusive pour le DPE au Rwanda, l'approche participative contribue à garantir que les priorités, les intérêts et les intentions des acteurs étatiques et non étatiques sont correctement pris en compte. Elle permet également d'amplifier les voix d'une série de détenteurs de droits afin d'influencer à la fois la compréhension des résultats obtenus à ce jour et les orientations souhaitées pour les programmes futurs. Ensemble, dans le contexte de cette évaluation, ces voix influencent à la fois la compréhension des résultats obtenus à ce jour et les orientations futures souhaitées pour la programmation. L'approche participative permet également de déterminer qui est interrogé, en encourageant la participation des détenteurs de droits et des responsables au niveau local et du district jusqu'au niveau national. Cette approche implique l'engagement direct des détenteurs de droits et des détenteurs de devoirs, sur la base du principe fondamental d'une approche fondée sur les droits de l'homme.
- Une approche axée sur l'utilisation : Les termes de référence identifient l'objectif de cette évaluation comme étant de fournir des recommandations et des suggestions pour la programmation actuelle et future, basées sur des preuves solides et sur les leçons tirées de l'opérationnalisation du Projet. S'assurer que l'évaluation peut être utilisée pour informer une programmation solide se traduit également par un engagement à comprendre les opportunités et les défis auxquels est confrontée la programmation inclusive du développement de la petite enfance au Rwanda.

2.4.2. Champ d'application

L'évaluation couvre quatre districts du Rwanda : Gicumbi, Karongi, Muhanga et Musanze. Ces districts ont été sélectionnés car ils représentent les seules zones d'intervention de HI pour ce Projet. Au sein de ces districts, HI opère dans 22 des 61 secteurs, soit 5% des secteurs du pays,

ce qui indique la portée restreinte des activités du Projet.¹² La sélection des lieux pour la collecte de données est décrite dans la section suivante.

2.4.3. Méthodes et outils de collecte de données

La collecte de données a mis l'accent sur des approches qualitatives afin de recueillir un large éventail d'informations, essentielles à l'efficacité de la triangulation et à une approche de l'évaluation fondée sur les droits de l'homme. Elle a également permis de recueillir des données solides destinées à étayer l'utilisation de l'évaluation.

La revue documentaire. Elle s'est faite tout au long du processus évaluatif, avec une première série de documents provenant de HI et qui par la suite a été complétée par des documents nationaux et internationaux en lien avec les soins attentifs au Rwanda. Des recherches complémentaires ont été menées pour prendre en compte des documents stratégiques, législatifs et programmatiques concernant les secteurs de l'éducation, de santé ou de la protection. Les documents examinés comprenaient des rapports du Projet (par ex. les modules et les rapports de formation, les revues ponctuelles du Projet, les rapports pour les bailleurs), les documents des politiques publiques pertinentes et ses résultats au Rwanda ainsi que des documents de recherche sur l'inclusion, la petite enfance, et les soins attentifs. HI Rwanda a aussi partagé avec l'équipe de l'évaluation une base de données du Projet qui a été examinée en complément des documents du Projet. L'intérêt de recueillir ces données secondaires est de soutenir la triangulation des données primaires, d'éclairer le contexte national sur la petite enfance et de nourrir la réflexion autour des critères de l'évaluation. La bibliographie (A.1) identifie les documents consultés lors de l'évaluation.

Données primaires. La collecte de données dans chaque district a été planifiée de la même manière, en utilisant les mêmes instruments de collecte de données. Les cibles de la collecte de données primaires incluent à la fois les détenteurs d'obligations et les détenteurs de droits : des entretiens semi-structurés avec des informateurs clés (KII) pour cibler les acteurs du niveau national au niveau communautaire et des groupes de discussion (FGD) principalement au niveau communautaire.

Les quatre outils de collecte de données primaires suivants ont été développés, révisés, testés, finalisés et utilisés pour la collecte des données primaires :

- Instrument FGD et KII pour les parents (A.12) : L'instrument s'adressait aux parents des enfants dans les centres DPE en FGD, ainsi qu'aux parents avec un enfant avec un handicap ou à risque de retard de développement. Ces derniers étaient ciblés pour un KII afin de mieux comprendre les services et activités destinés à ces parents au niveau du Projet. L'objectif était de mieux comprendre la qualité et les expériences avec le centre DPE, les services de santé et de réhabilitation, ainsi que de comprendre l'engagement des membres de la communauté dans la prestation de DPE.
- Instrument FGD et KII pour les structures (A.13) : L'instrument s'adressait aux personnes cibles du Projet, tels que les aidants des centres DPE, les professionnels des centres de santé, les enseignants des écoles primaires et les agents de santé communautaire. Les questions couvrant un éventail de

¹² Le pays compte 416 secteurs dont 21 à Gicumbi, 13 à Karongi, 12 à Muhanga et 15 à Musanze.

sujets sur tous les critères d'évaluation allant de la formation et au contexte des services rwandais. L'instrument permet de s'adapter au nombre de personnes présentes pour l'entretien.

- Instrument FGD et KII pour le niveau District (A.14): Cet instrument cible les acteurs gouvernementaux au niveau du district (comité de pilotage), le personnel de HI qui travaille à la mise en œuvre du programme sur le terrain et le personnel des organisations partenaires qui travaillent avec HI au niveau du district (des organisations de la société civile (OSC) basées directement dans les communautés).
- Instrument KII pour le niveau national (A.15): Cet instrument cible le personnel de HI ainsi que les partenaires institutionnels (gouvernementaux) et opérationnels représentés au niveau national qui travaillent avec HI sur le Projet.

Tous ces outils étaient accompagnés d'un protocole de consentement éclairé partagé avec les enquêtés avant le début de l'entretien pour leur consentement.¹³

La sélection des personnes invitées pour participer aux entretiens était basée sur la sélection des cellules. De cette sélection se déclinait toutes les personnes représentant tous les groupes ciblés.

- Méthode d'échantillonnage: Tous les centres DPE des quatre districts d'intervention ont été recensés à partir du Rapport de Cartographie des centres DPE existants.¹⁴ Chaque cellule devait avoir au moins un site DPE en état de fonctionnement, donc tous les centres inclus dans le rapport ont été considérés. La sélection des sites DPE à évaluer a ensuite été réalisée à l'aide d'un algorithme sous Excel, garantissant un choix impartial et aléatoire des sites retenus. Cette méthode a minimisé les biais en évitant une sélection uniquement basée sur des critères comme l'accessibilité ou la répartition géographique. L'objectif était d'obtenir une sélection à travers les quatre districts de preuves qui révéleraient toute différence – si elle existe – dans la mise en œuvre ou la performance du Projet dans et au sein des différentes communautés.

La sélection des parents au sein des communautés visait à donner la priorité à la représentation des personnes avec enfants fréquentant les centres DPE, dans une cellule dans un district. Au cours des groupes de discussion, s'ils existent, une attention a été portée à la représentativité en fonction de l'âge, du sexe et des handicaps. L'équipe d'évaluation avait l'intention de créer des groupes parentaux séparés pour les pères et les mères afin de permettre une discussion plus ouverte sur les questions sensibles au cours des discussions de groupe avec les parents.

2.5. Mise en œuvre de la collecte de données

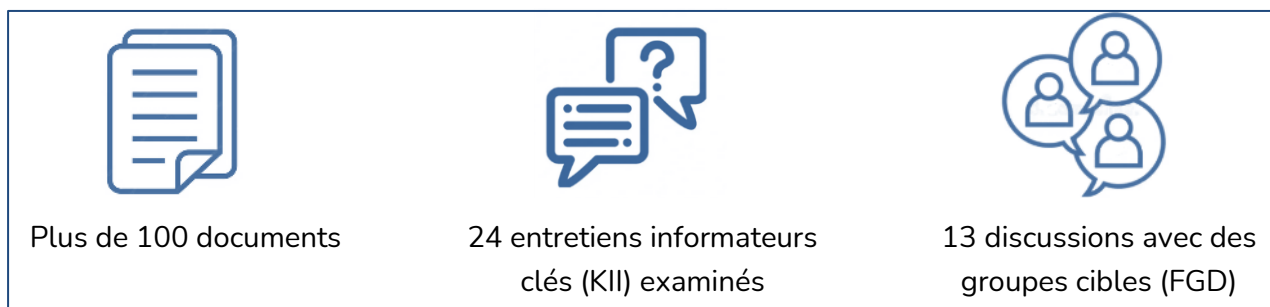
2.5.1. Résumé de la collecte de données achevée

L'évaluation à mi-parcours a complété une vaste revue de documents, ainsi que 24 entretiens avec des informateurs clés et 13 groupes de discussion (Figure 2). Au total, l'évaluation a rassemblé les propos de 117 entretiens, dont 72 femmes et 45 hommes afin de nourrir la réflexion autour des critères de l'évaluation et les questions évaluatives.

¹³ Toutes les personnes enquêtées sont majeures et ont toutes été consentantes à la participation. Une seule personne a refusé l'enregistrement audio.

¹⁴ HI (2022). Rapport Cartographie des acteurs et des services.

Figure 2. Aperçu de la collecte de données



La collecte de données sur le terrain a été effectuée par une équipe de quatre personnes, dont Madame Anaïs Loizillon, spécialiste en éducation et de la petite enfance, Monsieur Norbert Sangano, coordinateur de la collecte de données et les énumérateurs, Madame Peace Umutohi et Monsieur Emmy Butera. L'équipe a sillonné les quatre districts sur quatre jours (plus une journée de test) en février et les entretiens à distance se sont effectués entre février et début avril par Mme. Loizillon.

Dans chaque district, l'objectif de la collecte de données était d'effectuer des entretiens avec une représentation de chaque type de partie prenante impliquée dans le Projet. Au minimum, dans chaque district, les cibles étaient les suivants :

- un/e aidant du centre DPE
- un/e enseignant/e ou directeur/trice d'une école primaire
- des Agents de santé communautaire (ASC) et ou des Amis
- des parents dont les enfants participent au centre DPE
- un parent dont les enfants ne participent pas au centre DPE
- un personnel du centre de santé
- des représentants sectoriels du gouvernement au niveau district.

La collecte de données a répondu à ces attentes et les a même dépassées. La sélection (aléatoire) du centre DPE a été la source des autres lieux dont il dépendait au niveau de la cellule et du secteur. En tout, l'équipe a fait des entretiens dans 6 centres DPE, 5 centres de santé, 5 écoles primaires et 4 bureaux de district. De plus, l'équipe s'est entretenue avec des professionnels dans deux hôpitaux au niveau du district.

Un aperçu de tous les acteurs engagés dans cette évaluation est disponible dans le Tableau 3. Le niveau communautaire étant considéré prioritaire pour les questions d'évaluation, son poids relatif aux autres secteurs géographiques est intentionnel : 82 sur 117 personnes interrogées (soit 70%) vivent ou travaillent au niveau de la cellule. La répartition des entretiens par genre avait pour majorité les femmes (62%) ; parmi les parties bénéficiaires (parents), les pères représentaient 18% des personnes interrogées. Etant donné le faible nombre de sites et de personnes entretenues, établir une liste plus précise par district serait compromettant pour maintenir la confidentialité des entretiens. Par contre, il est possible de souligner que les sites dans chaque district ont été

exploitées de manière identique lors de la collecte de données, en visant un équilibre ciblé de représentants des parties prenantes.

Tableau 3. Personnes interrogées par rôle

Parties prenantes	Femmes	Hommes	Total
Personnel de HI	8	4	12
Fonctionnaire gouvernemental (national)	1	1	2
Fonctionnaire gouvernemental (district)	7	9	16
Partenaire institutionnel (national)	-	2	2
Partenaire opérationnel (district)	-	3	3
Personnel de l'hôpital	-	2	2
Personnel du centre de santé	4	2	6
Agent de santé communautaire (IZU et non-IZU)	11	11	22
Personnel des écoles primaires (enseignant et chef d'établissement)	3	4	7
Aidant (centre DPE)	5	0	5
Parents	33	7	40
TOTAL	72	45	117

Suite à une demande spécifique de la part de HI, les FGD des parents ont été accompagnés par un questionnaire en guise d'introduction de la situation des parents, notamment de leur perception de leur niveau de handicap. Le questionnaire utilise le Washington Group Short Set qui est un ensemble de six questions courtes conçues pour identifier les personnes ayant des limitations fonctionnelles (A.16). Ce questionnaire demande aussi aux parents le nombre d'enfants (et leurs âges) et une question brève et générale sur leur perception que leur enfant est avec un handicap ou à un risque de retard de développement.¹⁵ Parmi les parents participants, 4 parents et 8 enfants se sont identifiés comme ayant un handicap ou un retard de développement.

2.5.2. Limitations

Suite à la situation politique tendue entre le Rwanda et la République Démocratique du Congo en janvier et février 2025, la collecte de données sur le terrain a débuté avec 2 semaines de retard par rapport à la date prévue initialement. Ceci n'a eu aucune conséquence notable sur la mission de terrain.

Le temps pour la collecte de données sur le terrain a été limitée par la portée de l'évaluation, et l'équipe HI a porté un soutien irréprochable pour établir les contacts et organiser la collecte de données de manière efficace. L'indépendance des entretiens a été respectée.

¹⁵ La question posée aux parents sur leurs enfants était la suivante : « Par rapport aux autres enfants du même âge, trouvez-vous que votre enfant a un retard de développement, des besoins particuliers ou des difficultés de fonctionnement ? »

Les entretiens n'ont pas été prévus avec les parents en dehors des centres DPE (par exemple, parents d'élève à l'école) à cause de la difficulté que cela aurait engendré au niveau de la collecte de données. Seulement un entretien KII a été effectué avec un parent ayant un enfant avec un handicap ou à risque de retard de développement. Les FGD des parents ont été mixtes dans trois cas, car la séparation des hommes n'a pas été possible. Leur implication n'a pas été perçue comme contraignante pour une participation active et équilibrée.

3. Résultats de l'analyse et appréciation du projet

3.1. Pertinence

3.1.1. Résultat 1 : Au niveau des cinq domaines qui constituent le Cadre des soins attentifs, le Projet a été conçu pour s'intégrer au système des services existants de la petite enfance et pour apporter un appui aux parties prenantes afin de s'aligner et de répondre aux besoins les plus pressants dans chaque district d'intervention. Alors que la nutrition dans les centres DPE a été un domaine plus faiblement investi par le Projet, elle a aussi été l'objet d'interventions innovantes.

Le Cadre des soins attentifs identifie les actions stratégiques et les rôles et responsabilités des parties prenantes de l'éducation, de la santé et de la protection des enfants pour des services de la petite enfance efficaces dans les pays à faible revenu et appuie cette évaluation de la programmation des activités du Projet Soins Attentifs (OMS et al., 2018). Au Rwanda, ce cadre reflète les besoins des bénéficiaires visés par le Projet – notamment les parents et leurs enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement.

Le Projet Soins Attentifs a été créé suite à une analyse solide des besoins et du contexte, selon les documents examinés et les informateurs clés. Tout d'abord, la conception du Projet a pris en compte les besoins des bénéficiaires plus vulnérables au niveau géographique. Chaque district a travaillé avec HI pour créer un mapping des centres DPE et des secteurs dans le besoin. Notamment, les représentants ministériels au niveau des quatre districts ont mentionné dans les entretiens que les secteurs géographiques ont été sélectionnés ensemble avec HI, en visant les secteurs géographiques en manque de partenariats (i.e. où les autres partenaires n'intervenaient pas) pour les attribuer à HI. Une cartographie réalisée entre juin et juillet 2022 a répertorié les critères croisés pour la sélection des services (centres DPE, écoles, centres de santé et hôpital), ce qui a permis de prendre en compte l'importance de la multisectorialité dans la TdC du Projet dès sa mise en œuvre.

En outre, les parties prenantes nationales et au niveau des districts ont souligné la pertinence du Projet pour les différents domaines sectoriels concernés (santé, éducation, protection, nutrition). Ces informateurs clés ont identifié les lacunes existantes dans la mise en œuvre des services pour la petite enfance dans leurs secteurs respectifs, et qui ont été adressées dans le cadre du Projet Soins Attentifs : notamment, les activités en faveur de l'identification ou le dépistage précoce des

enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement ; leur inclusion auprès des services d'éducation disponibles ; et l'adaptation des environnements pour faciliter la participation de l'enfant. D'autres points pertinents relevés par les informateurs clés s'alignent davantage avec certains éléments du Cadre des soins attentifs : la santé, l'éducation inclusive, l'apprentissage précoce et la protection et la nutrition.

Santé : Comme dans l'approche des soins attentifs, les interventions développées dans le cadre du Projet reflètent le besoin d'intervenir pendant la période critique du développement de la petite enfance, c'est-à-dire, durant la période périnatale, la période néonatale, et la petite enfance. Alors que les femmes reçoivent pour la majorité les soins prénataux, seulement 47% des femmes ont eu les quatre visites de consultations prénatales.¹⁶ Au Rwanda, le paquet de couverture sanitaire universelle comprend l'accès à des services de réadaptation, y compris une couverture limitée pour les aides techniques. Cependant, ces services ne sont disponibles que dans un nombre limité d'établissements de réadaptation et de santé dans chaque district. Le Projet aide à réduire les barrières d'accès (notamment le transport et les frais de repas en cas d'hospitalisation) à ces services souvent lointains des communautés ciblées. En outre, le Projet crée un suivi multidimensionnel (santé physique et mentale, réhabilitation, éducation) dans la gestion des dossiers (C1 3) .

Education inclusive : Au Rwanda, l'accès à l'éducation pour des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement reste très difficile. En 2017, un rapport du Ministère de l'Éducation notait que les enfants avec des handicaps composaient moins de 1% des élèves dans les écoles pré-primaires et primaires, alors que dans la population générale, 14% des personnes âgées de cinq ans et plus ont été identifiées comme ayant un handicap dans l'un des six domaines fonctionnels de base.¹⁷ A Muhanga, par exemple, le District Development Strategy 2018-2024 ciblait l'augmentation des inscriptions à 90 élèves seulement pour une population d'environ 500,000 personnes.¹⁸ Pour ceux qui ont atteint l'école, leur scolarisation n'est pas sans difficultés : les enfants avec un handicap sont trois fois plus probables de débiter l'école à un âge plus élevé, ont 18% plus de probabilité de redoubler et quatre fois plus de chance d'abandonner l'école que les élèves sans handicap.¹⁹ Une série d'obstacles se conjuguent pour exclure les apprenants avec un handicap ou à risque de retard de développement des systèmes éducatifs : il s'agit notamment d'obstacles qui limitent leur accès à l'éducation et l'offre d'une éducation efficace et inclusive (Tableau 4). En fin 2024, le Ministère de l'éducation a annoncé qu'il vise à améliorer le système des formations des enseignants pour aider les élèves avec un handicap ou à risque de retard de développement à étudier.²⁰ A travers ses activités qui ciblent les barrières de l'offre et de l'accès

¹⁶ NISR, MOH et ICF (2023).

¹⁷ Les six domaines identifiés par le Washington Group on Disability Statistics (2020) sont : la vue, l'ouïe, la communication, la cognition, la marche et l'autonomie. National Institute of Statistics of Rwanda and Rwanda Ministry of Health (2021). Rwanda Demographic Health Survey, 2019-20.

¹⁸ Muhanga District (2018).

¹⁹ Ministry of Local Government (2021).

²⁰ Tuezerwe (2024).

à l'éducation, comme à travers ses formations sur la pédagogie inclusive, les sensibilisations communautaires, le matériel, et les Clubs des écoles, le Projet vise à améliorer l'environnement scolaire pour répondre aux besoins des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement (CI 3).

Tableau 4. Les principales barrières à l'éducation pour les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement

Type de barrière	Exemples de barrières
Accès à l'éducation	• Socioculturel : stigmatisation, discrimination par les parents, les pairs et les membres de la communauté, attitudes négatives, perceptions erronées des capacités des apprenants • Economique : difficulté pour les familles de prendre en charge les frais informels coûteux, manque de transport
Offre de l'éducation	• Prestation de l'éducation : manque d'enseignants formés, matériel pédagogique inaccessible, infrastructures scolaires inaccessibles • Politique et planification : faible volonté politique, manque de données pour la planification, mauvaise coordination interministérielle.

Source : Kerr et Kurzawa (2022).

Les soins répondants aux besoins, l'apprentissage précoce et la protection : Ensemble, ces trois domaines constituent la base de la théorie du changement (TdC) au niveau des changements intermédiaires (CI 1 et CI 2). Selon la TdC, lorsque les aidants et les parents « offrent un environnement sûr et favorable au développement et à la participation des enfants » (CI 2), l'hypothèse que les parents respectent les droits des enfants par leur inclusion aux opportunités pour l'apprentissage précoce est validée. Les soins répondant aux besoins sont plus susceptibles d'être prodigués lorsque les parents bénéficient d'un soutien psychosocial et d'un environnement favorable et exempt de violence. Néanmoins, la stigmatisation des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement par leur propre famille ou par leur communauté a été répertoriée fréquemment dans les entretiens dans tous les districts. En effet, le Projet répond aux besoins des enfants à travers ses activités multisectorielles pour créer un environnement propice à leur inclusion dans les activités d'apprentissage dès la petite enfance, notamment en défendant leurs droits humains au niveau communautaire.



« Les enfants ayant un handicap étaient souvent considérés comme une source de honte au sein de leur famille. Par conséquent, les parents les gardaient enfermés à la maison, les privant de toute possibilité de sortir. Ceci afin d'éviter la stigmatisation sociale et les remarques négatives de la communauté. »

Un/e représentant/e non gouvernemental/e

« Lorsqu'il y a un enfant handicapé dans la famille, les hommes ont tendance à condamner leurs femmes pour ce qui s'est passé. Ils disent à leurs femmes que dans leurs familles, on ne donne pas naissance à des enfants handicapés. »

Un/e représentant/e non gouvernemental/e

« Le problème était que les familles cachaient les enfants de participer dans les ECD, ce qui empêchait après leur inclusion à l'école primaire et secondaire. Avec HI, on sensibilise que chaque enfant a le droit de participer à l'éducation, dès la petite enfance. HI nous a permis de montrer aux enfants que chaque enfant peut avoir accès aux services des ECD. »

Un/e représentant/e non gouvernemental/e

Le Projet a aussi renforcé les appuis aux familles à travers des actions pour rendre les familles plus résilientes, comme les groupes de soutiens, l'appui financier et technique pour les projets d'activités génératrices de revenus et le support à la santé mentale des mères (pré et post-partum).

La nutrition : Le Projet a renforcé les politiques nutritionnelles du pays, mais d'une manière indirecte. Le gouvernement rwandais a une approche multisectorielle pour la promotion de la nutrition dans les centres éducatifs à tous niveaux (centres DPE, écoles, collèges, etc.). La réduction de la malnutrition est un élément central de plusieurs politiques rwandaises, qui reconnaissent le rôle vital de la nutrition dans le développement du capital humain. Notamment les National Transformation Strategies (NST) 1 et 2 ont misé sur la réduction des taux de retards de croissance (« stunting ») chez les enfants de moins de 5 ans de 35% en 2019/2020 pour arriver à 19% en 2024 (NST1) et à moins de 15% d'ici 2029, en vue de son élimination totale (NST2).²¹ Certains districts ciblés par le Projet Soins Attentifs ont des besoins accrus au niveau de la malnutrition (A.9, Figure 7). Dans les districts de Gicumbi et Musanze, le taux de retards de croissance dans presque tous les secteurs sont au-dessus de la moyenne nationale de 35% en 2019/2020.²² Au niveau des centres DPE dans les maisons (« home-based »), les interventions du gouvernement (à travers le NCDA au niveau des districts) incluent de fournir du lait fortifié à tous les enfants inscrits dans un centre DPE (programme « One Cup of Milk per Child »), des formations aux parents sur la nutrition durant la petite enfance et la provision de matériel d'hygiène et de cuisine. Le programme « Girinka » (« une Vache par Ménage ») a aussi soutenu la nutrition des enfants et le revenu pour les ménages le plus démunies.²³ Les activités du Projet ont été définies pour répondre à un manque nutritionnel chronique pour les enfants démunies : les interventions incluent le renforcement matériel de la capacité des centres DPE à garantir un repas nutritif à tous les enfants (du porridge). Alors que 18 centres DPE ont reçu une formation sur l'élaboration d'un projet générateur de revenus, le Projet a investi dans le développement de l'autonomie financière des groupes de parents dans 10 centres DPE, notamment dans l'achat d'animaux (par ex. lapins,

²¹ Données 2019/2020 de NISR, MOH et ICF (2023).

²² NISR, MOH et ICF (2023).

²³ NCDA (2024).

cochons, chèvres, porcs, poules) pour créer une activité génératrice de revenu.²⁴ De plus, la sensibilisation des parents sur les soins attentifs a renforcé les messages reçus par d'autres acteurs sur l'importance de la nutrition au centre DPE. Néanmoins, de nombreux informateurs clés, dont les parents, les aidants des DPE et les partenaires institutionnels et opérationnels, notent avec regret que le pilier « nutrition adéquate » du Cadre des soins attentifs est quasi-absente du Projet.

Les acteurs interrogés au niveau des districts ou national ont souligné la complémentarité du Projet Soins Attentifs avec les initiatives d'autres partenaires au Rwanda, en faisant référence à diverses initiatives – conformes à l'approche suivie par le Projet et par leurs priorités sectorielles au niveau déconcentré dans d'autres zones. Selon une étude récente, la couverture et la qualité de ces centres DPE ne sont pas uniformes, et seulement 9% des centres fournissent des services comprenant tous les cinq piliers du Cadre des soins attentifs et environ 5% des centres fournissant des services que dans un seul de ces piliers.²⁵ En somme, la synergie des actions à travers les différentes activités, dans les différents domaines a renforcé l'approche holistique du développement intégré de l'enfant. Les différents piliers ont été reconnus et renforcés par les groupes ciblés dans ce Projet.

Les déclarations ont notamment soutenu que le Projet Soins Attentifs était unique dans son approche ciblant les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement et soulignaient cette valeur ajoutée du Projet.



« Contrairement à d'autres partenaires qui se concentrent sur un ou deux aspects, le Projet Soins Attentifs de HI aborde la plupart des piliers de la stratégie nationale de la petite enfance [NCDA Operational Plan] ; il prend en compte l'apprentissage précoce, la parentalité, la protection, la santé mentale et physique, le WASH [Water, Sanitation and Hygiene]. »
Un/e représentant/e non gouvernemental/e

3.1.2. Résultat 2 : Les constatations générales sur cette première phase du Projet Soins Attentifs démontrent que les objectifs de l'intervention s'alignent avec les engagements internationaux et les objectifs stratégiques fixés par le pays autour de la petite enfance et de l'éducation inclusive. Notamment, les informateurs clés ont relevé que, dans son appui centré autour des communautés en difficulté, et par son approche compréhensive et multisectorielle, le Projet remplit un besoin de soins attentifs pour les enfants et familles laissés pour

²⁴ Base de données du Projet.

²⁵ Genesis Analytics (2023).

compte dans le déploiement de la politique nationale de la petite enfance.

Le Projet vise à contribuer aux engagements pris par le Rwanda à la réalisation des Objectifs du Développement Durable (ODD), notamment ODD 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) ; ODD 4 (Assurer à tous une éducation équitable, inclusive et de qualité et des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie) ; ODD 5 (Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles) ; et ODD 10 (Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre). L'inclusion du développement de la petite enfance (DPE) en tant que priorité dans l'ODD 4, Éducation, reflète la reconnaissance internationale de l'importance de l'EPE pour la promotion des résultats du développement de l'enfant, la préparation à l'école et l'apprentissage tout au long de la vie.

Le Projet Soins Attentifs s'aligne aussi dans les obligations internationales, régionales et nationales pour le droit à l'éducation inclusive. Le Rwanda est signataire des principales conventions et déclarations internationales sur les droits de l'homme, l'éducation, les handicaps et les réfugiés, comme la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant (CDE, 1989) et de ses deux protocoles facultatifs. La African Union Social Policy Framework for Africa (2008), the African Union (AU) Agenda 2063 et la Eastern African Conference Vision 2050 soulignent également des objectifs pour le développement des systèmes de protection social pour les groupes vulnérables, dont les personnes avec des handicaps.

Le Projet suit aussi les directives nationales de l'éducation inclusive. Depuis 2015, l'éducation primaire s'inscrit dans la Constitution du Rwanda comme étant gratuite et obligatoire, et les politiques pour promouvoir les droits éducatifs pour tous les enfants s'appuient sur les politiques d'inclusion, telles que la Special Needs and Inclusive Education Policy (2019), la Girls' Education Policy (2008) et la Early Childhood Development Policy (2016). Dans le dernier plan stratégique sectorielle de l'éducation (ESSP 2018/19-2023/24), le Rwanda s'est engagé à une plus forte inclusion des enfants avec des handicaps ou des besoins éducatifs spéciaux (SEN) à tous les niveaux d'éducation comme une de ses 9 stratégies prioritaires.²⁶

Le Projet Soins Attentifs est clairement aligné avec les politiques nationales protégeant les droits des enfants dès leur naissance. La National Integrated Child Rights Policy (2011) et la Early Childhood Development Policy (2011 et révisé en 2016) pour les enfants de 0 à 6 ans soulignent la nécessité d'une approche holistique au développement de la petite enfance et d'une mise en œuvre à travers une politique multisectorielle. Les activités du Projet s'alignent aux interventions prioritaires et donnent un appui aux stratégies déployées par le NCDA, comme la « Strategic Direction 1 : Increase equitable access to quality and inclusive integrated ECD services » du Plan stratégique national de la petite enfance établie en 2018-2024.²⁷ Le Plan opérationnel NCDA 2022 -2024 note le besoin de renforcement en ce qui concerne la qualité des centres DPE (de toutes typologies), en soulignant les efforts nécessaires dans les domaines de la santé, la nutrition,

²⁶ Ministry of Education (2018a).

²⁷ NECDP (2018).

la parentalité positive, la protection des enfants, la stimulation et l'apprentissage précoces et WASH.

Les groupes cibles du Projet – notamment les parents, les mères aidantes des centres DPE – sont également considérés dans ces politiques nationales comme des acteurs essentiels pour la réalisation des droits de l'enfant. Le Plan opérationnel NCDA 2022 -2024 souligne l'importance du soutien de la famille et des communautés pour améliorer le développement optimal du jeune enfant (Output 2.4), de l'accès aux services inclusifs de la petite enfance (Output 2.2) et du renforcement des services de détection précoce des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement (Output 2.3), ce qui a été repris dans le Projet par ses changements intermédiaires CI 1 et CI 2.²⁸ Parmi les activités planifiées pour promouvoir l'éducation inclusive au niveau national, l'ESSP donne la responsabilité aux écoles de mener des campagnes de sensibilisation autour des perceptions néfastes qui stigmatisent les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement et leurs familles (Outcome 7.2).

Notamment, les informateurs clés ont relevé que HI complète les objectifs du gouvernement en travaillant sur les cas des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement dans les zones souvent considérées comme les plus reculées des districts. Par son appui centré autour des communautés en difficulté, et par son approche compréhensive et multisectorielle, le Projet remplit un besoin de soins attentifs pour les enfants et familles laissés pour compte dans le déploiement de la politique nationale de la petite enfance. A titre de preuve, les centres DPE ne fonctionnaient pas à temps plein, seulement quelques jours par semaine. Le Projet a renforcé les capacités d'autres aidants afin de faire une rotation du parent principal pour assurer une ouverture des centres 5 jours par semaine.

3.1.3. Résultat 3 : Le Projet a été considéré par les informateurs clés comme clairement impliqué dans les processus existants de partage d'informations avec les parties prenantes, notamment au niveau des districts. Alors que le Projet a assuré un cadre d'apprentissage continu, il n'a pas été l'objet d'adaptation ou de changement majeur suite aux enseignements tirés durant les premières années de sa mise en œuvre.

Depuis le début du Projet, dans chaque district, HI a travaillé avec les autorités locales pour aligner les activités du programme sur les plans et les mécanismes de coordination déjà existants du gouvernement, tels que le Joint Action Development Forum (JADF).²⁹ HI a été invité à présenter son Projet dans le JADF et a travaillé en synergie avec les autres partenaires du district. Cette approche participative continue après la mise en œuvre du Projet, et à travers le JADF, les partenaires participent activement au développement (planification et monitoring) du District Development Plan qui s'aligne avec le document national de développement (NTS2) et

²⁸ Ministry of Gender and Family Promotion (2016).

²⁹ Le JADF est une plateforme multipartite composée de représentants du secteur public, du secteur privé et de la société civile. Le JADF a la responsabilité de coordonner les actions des partenaires dans les districts selon les documents de planification (District Development Plan).

coordonnent leurs activités au niveau du districts et des secteurs (géographiques). En outre, en tant que partenaire du gouvernement, HI est impliqué régulièrement dans les réunions de planification et de suivi au niveau du districts, comme le JADF, les réunions sectorielles (« Sector Working Groups ») et des réunions de comité du district.³⁰ Le suivi du Projet s'effectue au niveau du district avec un comité de pilotage créé au niveau national. Au niveau national, le Projet a aussi travaillé étroitement avec le NCDA pour son développement et les membres du Comité de pilotage national. L'absence du ministère de l'éducation dans le comité de pilotage reste notable, alors qu'il existe une composante importante du Projet sur l'éducation inclusive.

Dans ces différents forums d'implication, le Projet présente ses activités, ses résultats ainsi que ses difficultés. L'accent des analyses s'effectue plutôt au niveau district, ou en sommant les parties pour une analyse globale, alors que les comparaisons ou enseignements tirés entre les districts ne sont pas relevés. HI s'implique également dans les processus stratégiques dans le domaine de la petite enfance au niveau national, notamment par la nomination et participation dans les trois groupes de travail technique du NCDA sur la petite enfance, la protection des enfants et santé et nutrition.³¹

Dans la TOC, le Projet a indiqué l'importance de l'apprentissage continue pour la gestion et la mise en œuvre du projet. L'emphase a été mise sur le développement d'un système de collecte de données quantitative et qualitatives afin de considérer les leçons apprises lors de la mise en œuvre du programme. La collecte des apprentissages à travers les réussites et les défis est formalisée dans les documents internes de HI (notamment les Revue de Projet Inter-Services, ISPR, les revues annuelles du Projet, les rapports de terrain), les rapports du bailleur et dans les rapports des partenaires operateurs. L'examen régulier des données relatives aux performances du projet et à la planification d'actions basées sur ces données sont faite par l'équipe du Projet. En outre, les entretiens n'ont pas recueilli de leçons tirées ou de solutions apportés lors de la mise en œuvre du projet. Les données quantitatives collectées dans le cadre du Projet sont utilisées à fin descriptives et sommatives. Cependant, les entretiens révèlent que les délais entre la collecte de données et leur saisie informatique par l'équipe du Projet limitent la pertinence d'utiliser ces données à fins analytiques.

Les enseignements tirés sont détaillés autour des problématiques et les points d'action de suivi sont indiqués. Cependant, les rapports des périodes suivantes ne font pas le suivi sur les aspects notés dans les rapports précédents. Il en convient de conclure que ces points dits « à améliorer ou à éviter » ne font pas l'objet d'une validation ou vérification *a posteriori* en interne. En somme, cette évaluation à mi-parcours reconnaît les réalisations du personnel pour documenter en détail et faire ressortir les activités réussies, les points à améliorer et les solutions apportées à travers ces documents. Alors que le projet recueille une grande quantité de données, le besoin d'adaptation majeur n'a pas été relevé.

³⁰ Le Sector Working Group se réfère aux secteurs du gouvernement tels que la protection sociale, l'éducation, la santé, etc.

³¹ En janvier 2025, au-delà de cette période d'évaluation, un membre du personnel HI a participé dans la Retraite de haut niveau des parties prenantes du développement de la petite enfance organisé par le NCDA.

3.2. Efficacité

3.2.1. Résultat 4 : Le Projet produit actuellement les résultats escomptés en termes du modèle d'offre de soutien direct aux activités de la petite enfance, de l'éducation inclusive et du système de santé et des services de réadaptation. Alors que le suivi du niveau de développement des enfants n'est pas encore disponible par rapport aux données de base, les entretiens indiquent clairement des progrès significatifs parmi les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement participant aux centres DPE et dans les écoles (CI 1 et CI 3). Les résultats au niveau du système de santé sont plus difficiles à mesurer à ce stage.

Le Projet Soins Attentifs est ambitieux dans son objectif principal et dans ses changements intermédiaires. En travaillant avec plusieurs secteurs dits « prioritaires » (la santé, la réadaptation fonctionnelle et l'éducation) et quatre districts (dont 22 secteurs), le Projet vise une approche holistique et multisectorielle.³² La typologie des activités qui constituent ce Projet est vaste et la liste des activités effectuées pendant la période évaluée, soit 2022 à 2024, est résumé ci-dessous dans le Tableau 5. La liste complète des activités du Projet est présentée en A.7.

Tableau 5. Typologie des activités du Projet Soins Attentifs effectués entre 2022 et 2024

Typologie	Détail
Formation	• Sur des thématiques de la petite enfance (pédagogie, développement holistique, soins attentifs) pour des groupes divers (professionnels de santé, aidants des centres DPE, ASC, enseignants) • Sur la santé mentale et soutien psychosocial des parents, mères enceintes • Sur des outils de dépistage et suivi des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement • Sur des outils spécifiques pour accompagner les professionnels et les aidants avec les enfants (par ex. Blue Box, Baby Ubuntu)³³ • Spécifiques aux OSC (Protection contre l'exploitation et les abus sexuels, Protection de l'enfance, Redevabilité) • Sur les compétences techniques médicales spécifiques aux nouveau-nés et jeunes enfants : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PECIME) ; Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONU-B) ; Piedbot ; réadaptation

³² Les résultats du Projet à mi-parcours sont évalués sur la base des résultats indiqués dans le document Lograme DGD.

³³ Une description de l'outil Blue Box est dans l'A.8.

Typologie	Détail
Soutien techniques, matériels et financiers	Appui matériel aux centres DPE et aux écoles ; prise en charge des couts de transport ; matériel pour la Blue Box ; fabrication de matériel de réadaptation
Collecte de données	Score of Perceived Outcomes (ScoPeO) ; MDAT ; PedsQL ; évaluation de l'inclusion des centres DPE (infrastructure, pédagogique) ; évaluation de l'inclusion des écoles (enseignants formés à la SNE ; apprenants avec un handicap ; méthodes d'inclusivité) ; Child Functioning Module (CFM)
Campagne de sensibilisations	Sujets abordés : Protection et droits des enfants ; inscription aux centres DPE et à l'école ; visites postnatales Modalités : Réunions communautaires ; mobilisation durant des journées avec évènementielles ; théâtre communautaire ; clubs dans les écoles
Soutien communautaire	Groupes Baby Ubuntu ; groupe de soutien psychosocial des parents/aidants ; autonomie et activités génératrices de revenus ; supervision par le staff HI
Assistance technique au gouvernement	Adaptation des guides NCDA du programme éducatif pour les centres DPE ; appui au plan stratégique pour la réadaptation ; soutien pour réunion sur la santé mentale ; planification DPE national

Les progrès du Projet à mi-parcours sont notables, dans leur état d'avancement aussi bien que dans la qualité de l'exécution des activités. Les personnes interrogées sont unanimes sur les résultats positifs du Projet en ce qui concerne l'inclusion des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement et de la valeur ajoutée de ce Projet pour les communautés ciblées.



« Le changement [dû au Projet] est remarquable : quand j'entre dans une classe où l'enseignant a reçu la formation de l'éducation par le jeu pour les enfants avec handicaps, et je rentre dans la salle de classe qui n'a pas un enseignant formé, je vois la différence dans l'inclusion des enfants. Au niveau des écoles, on voit aussi le comportement des élèves qui ont travaillé avec le Projet, par rapport à ceux qui n'ont pas travaillé avec le Projet, on voit aussi la différence, surtout sur le management et l'entretien des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement. Ils ont un bon moyen de gérer et d'intégrer les enfants de manière efficace plus que dans les autres écoles. »

Un/e représentant/e non gouvernemental/e

« Certains enfants sont beaucoup plus heureux maintenant avec les jouets, et ils reconnaissent eux-mêmes les changements positifs dans leur vie quotidienne. [...] Certains enfants expriment même leur gratitude pour le fait que HI ait donné des [animaux au centre] ECD. L'un d'entre eux m'a dit qu'il était vraiment reconnaissant de l'aide apportée par HI. »

Un/e agent de santé communautaire

Une sélection des activités du Projet a été abordé spécifiquement lors des entretiens pour cette évaluation à mi-parcours. Le Tableau 6 présente la liste de ces activités, résume la situation des activités durant la première période du Projet (2022 à fin 2024), et identifie les résultats pour ces activités de manière évaluative et en lien avec les ses quatre changements intermédiaires. Les observations dans ce tableau reflètent l'analyse des entretiens et les données proviennent des documents révisés pour cette évaluation à mi-parcours.

Tableau 6. Aperçu des résultats liés aux changements intermédiaires de la période 2022 -2024

Activité/ cible d'intervention (CI)	Situation	Évaluation/Observation	Données pertinentes
Blue Box dans les communautés (CI 2)	Formation et supervision des ASC à l'utilisation des Blue Box effectuée ;	Organisation des groupes faite et fréquences des séances variées selon les lieux ; impression des ASC de l'efficacité des séances et changements visibles pour le développement des enfants ; formations, refresher et formations des formateurs effectués	
Blue Box dans les hôpitaux (CI 2 et CI 3)	Formation des professionnels de santé dans 4 hôpitaux avec service de réadaptation effectuée ;	Renforcement d'une formation considéré trop courte lors de la formation initiale ; utilité indiquée par les parents (selon les professionnels de santé) ; matériel limité	Physiothérapeutes formés
Centres DPE (CI 1 et CI 2)³⁴	44 au total : Formation des aidants sur les soins attentifs et la pédagogie par le jeu ; matériel de jeu et d'apprentissage fournis ; groupe de soutien créés ; appui financier et formation sur l'élaboration d'un projet sur les activités génératrices de revenu ; dépistage des enfants sur leur niveau de développement (MDAT)	Augmentation des jours d'ouverture (de 2 à 5 matinées) ; sensibilisation des parents dont les enfants ont un handicap par les aidants du centre DPE ; inclusion des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement ; peu de matériel visible dans les centres DPE visités ; application de la pédagogie par le jeu non observé.	172 aidants formés dans 29 cellules ; 1,781 personnes (dont 175 hommes) membres de 108 groupes de soutien ; USD 5200 pour l'achat des animaux de la ferme dans 18 groupes de soutien à Gicumbi et à Muhanga ; 44 formations effectuées ; 2423 enfants dépistés avec le MDAT
Services de réadaptation (CI 3)	Orientation vers les services ; réduction des obstacles à l'accès (transport payé) ; fabrication de	Transport payé dans la plupart des cas. Certains cas isolés où les fonds n'ont pas suffi pour faire le suivi nécessaire.	161 nouveaux cas de Pied Bot recevant des services

³⁴ Cette évaluation n'avait pas un l'objectif de faire une observation formelle des centres DPE (avec un instrument adapté pour l'infrastructure, le matériel, la pédagogie, etc.) ; cependant, au cours de la collecte de données, les énumérateurs ont observé que les centres avaient très peu de matériel visible (par exemple, au total, quelques affiches avec des images ou l'alphabet, quelques objets de jeu de construction et quelques voitures ont été observés dans les 6 centres DPE visités dans 4 districts).

Activité/ cible d'intervention (CI)	Situation	Évaluation/Observation	Données pertinentes
	matériel		
Formation sur les soins attentifs (CI 2)	Formation sur le Blue Box et mise en place de groupes de parents Baby Ubuntu effectués	Augmentation de leurs capacités à identifier les besoins de soutien des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement.	34 groupes de Baby Ubuntu ont été établis et 76 familles ont été suivis dans leur maison par les 12 professionnels de centres de santé et des hôpitaux formés. ³⁵
Ecoles primaire (CI 3) s	Matériel fourni pour les « Resource rooms » ³⁶ ; formation sur le Child Functioning Module (UNICEF)	Manque de salle dédiée aux « Resource rooms », mais le matériel est utilisé dans d'autres lieux	172 enseignants formés dans 29 cellules
Sensibilisations communautaires (CI 2)	Sensibiliser sur les droits de l'enfant.	Effectuées dans le cadre des réunions communautaires « mu nama z'imidugudubet » des journées spéciales	1 pièce de théâtre communautaire sur l'inclusion effectuée par des enfants d'une école primaire

Source : Base de données du Projet.

³⁵ La base de données du Projet indique 20 groupes établis, mais le commentaire indique 1, ce qui est considéré pour cette somme.

³⁶ Une Salle de ressource (« Resource room » en anglais) est une pièce dans une école inclusive destinée pour les apprenants ayant des besoins éducatifs spéciaux. Elle est équipée de ressources spécialisées, de divers matériels d'apprentissage et de services de soutien. Parfois, elle est également utilisée par les enseignants et d'autres personnes ressources pour d'autres activités liées aux services d'éducation spécialisée. (Ministry of Education, 2018b, définition du glossaire p. 7).

Au-delà de ces activités, plusieurs aspects centraux et transversaux du Projet répondent aux besoins des détenteurs de droits, comme l'indique le Cadre des soins attentifs :

- **Intégrer les enfants ayant des besoins supplémentaires et atteindre les plus vulnérables** : Les personnes responsables dans les systèmes de l'éducation, de santé et de la petite enfance ont reçu une formation spécifique pour être préparées à soutenir les enfants ayant des besoins particuliers à participer au maximum de leurs capacités. Dans les entretiens, ces personnes ont souligné l'importance de la prise en charge de l'enfant aussi bien que des familles qui sont souvent les plus vulnérables (parfois aussi avec un handicap) et qui vivent dans des situations précaires et isolées.
- **Donner aux parents les moyens d'appuyer le développement de leurs enfants** : Les parents des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement ont compris l'importance des soins répondant aux besoins, notamment pour appuyer les stades de développement de l'enfant. Avec les outils tels que Blue Box ou les groupes Ubuntu, ou l'appui du centre DPE, les parents estiment que le Projet leur a donné les capacités de stimuler le développement holistique de leur enfant à travers le jeu, avec des activités simples et efficaces. Le soutien psychosocial des parents à travers l'appui des autres parents a aussi été souligné comme un élément considérable pour leur bien-être.
- **Investir dans le matériel et équipement pour mieux intégrer les enfants avec des handicaps ou des retards de développement** : Selon les besoins des centres DPE, HI a fourni des équipements spécifiques pour certains enfants avec des handicaps ou des retards de développement. Dans les écoles primaires, HI a fourni du matériel pour créer des salles de ressources (« ressource rooms ») afin d'assister les enfants ayant des difficultés d'apprentissage. Au niveau individuel, HI a aidé des enfants à obtenir des équipements spécifiques, par exemple pour améliorer leur mobilité dans le milieu rural. Cependant, selon les parties prenantes dans les communautés, il ne semble pas que tous les centres ou tous les enfants aient reçu un équipement ou un dispositif d'assistance pour combler leurs besoins.

3.2.2. Résultat 5 : Une amélioration nette du dépistage des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement (CI 1) a été validée par les parents et les informateurs clés des services de santé et de l'éducation. Les enfants identifiés avec un handicap ou à risque de retard de développement ont été inscrits dans les centres DPE ou dans les écoles primaires et orientés vers les services de santé appropriés (C1, indicateurs 2 et 3). Certaines barrières persistent pour entraver l'accès aux services de réadaptation et de suivi de santé pour tous les enfants (CI 2, Indicateur 3).

Le dépistage des enfants a été un point de départ significatif pour le Projet qui comblait un besoin dans les communautés. Basé sur un outil validé au niveau international, le Malawi Development Assessment Tool (MDAT) a été utilisé dans le contexte du projet pour identifier

les enfants avec des retards de développement.³⁷ Le personnel HI (10 personnes au total) a été formé pour appliquer le MDAT dans les enfants des communautés ciblées par le Projet, et 2 423 enfants ont été évalués sur leur niveau de développement.³⁸ Au total, dans les quatre districts, 358 enfants ont un retard de développement (15%), avec un taux légèrement plus élevé pour les garçons (16,1% contre 13,5% pour les filles) et 87% ont un retard considéré critique.³⁹ Ces données n'avaient jamais été recueillies auparavant à ce niveau individuel.

Avec les informations du MDAT, le Projet Soins Attentifs a réussi à intégrer des enfants non scolarisés avec un handicap ou un retard de développement dans les centres DPE et les écoles. Ces inscriptions -dont 162 en centre DPE et 414 en écoles inclusives depuis le début du Projet et jusqu'à la fin 2024 – sont le résultat des activités de formation, de sensibilisation et de dépistage qui créent un environnement favorable pour leur inclusion suite au dépistage.

La satisfaction des parents à l'égard des centres DPE a fait l'objet d'un fort consensus : les 40 parents interrogés dans les 4 districts ont attribué aux centres une note moyenne de 4,8 sur 5. Les points favorables mentionnés incluent : la dévotion et gentillesse des personnes aidantes ; l'opportunité de travailler. Le niveau de satisfaction est aussi souligné par le fait que les parents se sacrifient pour amener leur enfant au centre.

Les parents interrogés ayant des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement ont indiqué des résultats positifs sur le développement de leur enfant :

- « Il y a une amélioration dans son développement, il s'est complètement amélioré en parlant plus de mots qu'avant mais surtout en socialisant (maintenant il est heureux). »
- « Je vis dans le village [...] et le centre DPE [...] a refusé d'accepter mon enfant et m'a dit qu'il ne travaillait pas avec des enfants handicapés, puis je suis venue ici et ils m'ont acceptée et ils sont plus inclusifs que l'autre centre DPE]. »
- « Les centres DPE ont eu des effets positifs, de telle sorte que les enfants jouent avec les autres et expriment leurs émotions. »
- « Le centre DPE contribue au développement de la maturité de nos enfants en leur donnant des connaissances et en les aidant à se socialiser avec d'autres enfants, principalement des enfants ayant un retard de développement, des besoins spéciaux et des difficultés de fonctionnement. »
- « Maintenant ma fille parle un peu et elle a l'air plus heureuse qu'auparavant [avant sa participation au centre DPE.] »

³⁷ Cependant, alors que le MDAT a été adapté, développé et testé avec la participation des autorités nationales, il n'est pas prévu qu'il soit intégré dans un système national.

³⁸ Le MDAT a tout d'abord été utilisé avec les enfants inscrits aux centres DPE, et ensuite à tous les enfants de 0 à 5 dans ces mêmes villages.

³⁹ Ces retards peuvent être liés à la malnutrition, mais le rapport de baseline n'a pas indiqué un croisement de données.



« Il est dit ici que les enfants ayant un handicap et qui ont fréquenté le centre DPE avant l'école primaire sont plus à même de s'adapter à l'école primaire que ceux qui n'ont pas fréquenté le centre. »

Néanmoins, certains parents expriment leur déception quant à la qualité des centres qui n'est pas au niveau attendu : manque de toilettes pour les enfants, peu de jouets, pas de cuisine pour préparer les repas. Au niveau national, NCDA indique que les centres DPE à domicile non conformes aux normes et conditions minimales pour accueillir les enfants sont à risque de fermeture.⁴⁰

Tableau 7. Exemples de qualité insatisfaisante identifiée par les parents des centres DPE

Type de barrière	Nombre de fois relevé dans les FGD
Insuffisance de jouets et de matériel pédagogique	4
Difficulté d'accès (route difficile) depuis le domicile	2
Une seule pièce pour les enfants de tous les âges	2
Espace trop petit pour que les enfants puissent courir et jouer	1
Espace insécurisé (pierres rugueuses à l'extérieur)	1
Manque de toilettes adéquates pour les enfants	1
Manque de cuisine pour préparer le petit-déjeuner des enfants	1

Certains parents indiquent que les centres DPE recevant de l'aide du gouvernement sont de meilleure qualité, sans pour autant détailler la différence. Ils reconnaissent surtout que les centres DPE qui sont soutenus par le gouvernement reçoivent un apport financier (« incentive payment ») à l'aidant.

Cependant, des barrières persistent à l'accès régulière des enfants au centre DPE. A plusieurs reprises, des parents ont indiqué que le centre DPE est à plusieurs kilomètres de leur maison, et qu'ils portent avec difficulté leurs grands enfants à cause de leur handicap. La fatigue ou le surmenage général des femmes sont les excuses énoncées pour ne pas amener leurs enfants au centre tous les jours. D'autres barrières de participation relevées lors des entretiens ciblent l'attente d'une contribution financière des parents pour fournir les

⁴⁰ ISPR, septembre 2024.

repas aux enfants.⁴¹ Cet argent permet d'acheter les ingrédients de la bouillie des enfants et le lait fortifié (quand il n'est pas attribué par le NCDA). Cette contribution est à ce titre indispensable pour la nutrition des enfants dans le centre DPE. La collecte de ces contributions ne se fait pas sans difficultés. Tous les parents ne s'en acquittent pas et quand ils le font, leur participation est parfois irrégulière. L'évaluation à mi-parcours n'a enregistré aucun phénomène d'exclusion pour les enfants dont les familles ne règlent pas la contribution, mais cela génère de la frustration et des tensions parmi les parents. Il a été reporté que certains parents excluent leurs enfants du centre car ils ne peuvent pas fournir la contribution. Pour éviter que cette contribution ne devienne une barrière à la participation, d'autres sources de financement pour la nourriture doivent être envisagées. Les activités génératrices de revenus soutenues dans certains centres DPE ont été considérées favorables et une réussite.

Dans les écoles dites « inclusives », les enseignants affirment que depuis le soutien de HI (formation, matériel, sensibilisation), les parents des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement reconnaissent leur droit à l'éducation et les inscrivent dans l'école. Les salles ressources sont valorisées par les enseignants, malgré le fait que certains établissements n'aient pas de lieu dédié pour ces équipements fournis par HI. Alors que les enseignants sentent une amélioration nette de leurs capacités suite à la formation à la pédagogie inclusive, ils notent que les difficultés rencontrées concernent les enfants avec des handicaps non visibles (par exemple, cognitives) ainsi que ceux avec des barrières de communication (par exemple, aveugles, sourds, muets). La formation HI et le matériel fourni n'a pas permis de combler tous les besoins des enfants ciblés selon les informateurs clés.



« Toutes ces interventions [de HI] ont aidé les enfants à rattraper leur retard scolaire et à se sentir mieux intégrés. Ils interagissent désormais plus librement et avec plus d'assurance en classe, ainsi qu'avec leurs camarades et les enseignants en dehors de la classe. »

Un/e enseignant/e

Les professionnels de santé qui ont reçu une formation de HI indiquent avoir une plus grande capacité de dépister les handicaps et d'identifier la différence entre les déficiences (« impairments »). L'outil de dépistage utilisés par le staff HI dans les centres de la petite enfance, le Malawi Development Assessment Tool (MDAT), a une efficacité cohérente pour le Projet, pour identifier, dépister et orienter des enfants vers les services de santé et de réadaptation appropriés (CI 1, Indicateur 2). Suite aux formations effectuées en 2023 et 2024, 375 enfants ont été référés pour les soins spécialisés (Tableau 8), 177 nouveaux cas

⁴¹ Dans certains villages, la contribution peut aussi être en nature (par exemple, des aliments de la récolte).

ont été identifiés avec la détection précoce et 153 enfants ont été traités pour le pied bot.⁴² Cette utilité est répertoriée de manière transversale (à travers plusieurs spécialisations) et verticale à tous les niveaux du secteur de la santé (du niveau communautaire au niveau de l'hôpital).

Tableau 8. Enfants ayant reçu une référence pour des soins spécialisés, par district, par sexe et par âge

	Tranche d'âge		Sexe	
	0-6 ans	7-12 ans	Fille	Garçon
District	(Nombre total des enfants)			
Gicumbi	46	27	30	43
Karongi	26	37	26	37
Muhanga	70	52	56	66
Musanze	35	27	23	39
Total	177	143	135	185

Note : Les soins spécialisés incluent les soins médicaux et de réhabilitation.

Source : Base de données du Projet.

Les services de réadaptation au Rwanda sont très coûteux, ce qui entrave l'accès pour les familles vulnérables, notamment celles qui vivent dans les zones reculées, que ce soit au niveau du matériel, du transport pour l'accès aux services nécessaires ou la spécialisation professionnelle. Au cours du Projet entre 2022 et fin 2024, 375 enfants – dont 177 entre 0 et 6 ans – ont reçu un référencement vers les services de santé appropriés (e.g. centre de santé, hôpital de district), et certaines familles ont reçu des aides financières pour la prise en charge des coûts de transport et des frais de repas en cas d'hospitalisation.⁴³

Etant donné la dépendance de personnes vulnérables ciblées dans ce Projet, HI a intégré la pratique de la gestion inclusive des dossiers (Inclusive Case Management, ICM) en formant les personnes responsables au niveau des secteurs (Chargé des Affaires Sociales) et de la communauté (parents représentants des centres DPE et Amis des familles, IZU). En 2023, 110 personnes ont été formés dans l'approche, dont 44 hommes et 44 femmes comme travailleurs sociaux au niveau des villages.⁴⁴ Parmi les entretiens effectués, la gestion des cas a été considérée comme favorable aussi bien pour les familles bénéficiaires que pour les travailleurs sociaux : les parents des enfants se sont sentis appuyés et les travailleurs sociaux ont identifié être mieux outillés pour cibler les services appropriés pour les enfants dans leurs communautés. Des améliorations dans la gestion des référencements vers les services de santé ont été généralement validés par les parents, mais l'évaluation a entendu

⁴² Base de données du Projet.

⁴³ Base de données du Projet.

⁴⁴ Cette évaluation n'a pas effectué d'entretiens au niveau des secteurs (suite aux conseils suggérés des parties prenantes par HI).

plusieurs cas où les résultats étaient mitigés ou de trop courte durée ou des familles qui n'ont pas eu accès aux aides techniques. Au niveau des districts, des goulots d'étranglement entre le district et HI (de nature financière) ont été mentionnés comme une barrière limitant le suivi des référencement.



« Les enfants qui n'ont pas accès à ces dispositifs d'assistance seront condamnés et exclus des opportunités de participer à l'école, à la communauté, à la vie. »

Un/e représentant/e non gouvernemental/e

3.2.3. Résultat 6 : Les informateurs clés au niveau des communautés ont souligné leur appréciation pour les formations effectuées par HI et l'efficacité des nouveaux outils de travail avec les familles, comme la Blue Box et Baby Ubuntu. La mise en œuvre a été facilitée par la diversité des acteurs dans le système de santé qui ont été formées.

De manière générale, les formations menées par HI au niveau des districts, des hôpitaux, des centres de santé, des communautés (principalement par le biais des ASC) et des OSC sont fortement appréciées par ces acteurs clés. Les avis sur les formations sont répertoriés ci-dessous par les thèmes clés et sont représentatifs des commentaires formés sur chaque formation.

- **Sur la formation sur la pédagogie inclusive** : « La formation m'a été efficace, comment préparer une leçon en tenant compte des enfants avec des difficultés. Elle m'a appris avec le matériel pour enseigner, quand je vais dans les classes pédagogiques et je tiens compte de ces enseignements de la formation. »
- **Sur la formation de la Blue Box⁴⁵** : « La formation à la Blue Box nous a permis de travailler très efficacement et de diagnostiquer les enfants handicapés ou sous-alimentés. » « En comparaison avec les ASC qui n'ont pas été formés par HI à la méthode de la Blue Box, ils sont limités dans de nombreux domaines. »
- **Sur la formation du développement de la petite enfance** : « Nous avons reçu une formation dans plusieurs domaines clés qui ont grandement amélioré notre capacité à soutenir les jeunes enfants : la nutrition [...], l'hygiène [...], la Blue Box, les Flashcards, et le suivi de la croissance de l'enfant. »

⁴⁵ La Blue Box n'est pas un outil de détection ni de diagnostic, mais il permet de conseiller une activité adaptée pour encourager la stimulation sur un ou plusieurs aspects de développement sur la base du niveau du retard de développement de l'enfant. Une description de la Blue Box est dans l'A.8.

- **Sur l'hygiène** : « Nous avons reçu une formation sur le maintien d'une hygiène et d'une salubrité adéquates au sein du centre de développement de la petite enfance afin de garantir un environnement sain aux enfants. »
- **Sur la protection des enfants** : « Suite à la formation, j'ai commencé à former d'autres parents de la communauté sur la manière dont ils devraient s'occuper de leurs enfants ayant des difficultés et d'autres cas tels que l'identification de handicaps moins visibles. »



« Les formations du projet ont rendu notre travail quotidien beaucoup plus facile à gérer. »
Un/e agent de santé communautaire

La pédagogie par le jeu était aussi une formation menée par HI, mais elle n'a pas été mentionnée souvent dans les entretiens. La formation qui a une approche réfléchie, innovante et adaptée au contexte rwandais, a une capacité d'effectuer un changement vers une pédagogie plus adaptée aux enfants d'âge préscolaire dans les centres communautaires DPE. Il a utilisé comme document référence le guide parental sur l'importance du jeu de NCDA. Le fait que les jouets fabriqués localement ne soient pas visibles dans la plupart des centres les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de cette formation dans les centres DPE.



« Nous avons maintenant une meilleure compréhension de certaines situations que nous avons rencontrées auparavant. Par exemple, je suis une CHW depuis longtemps, mais ce n'est que récemment que j'ai appris comment le fait de jouer avec les enfants contribue à leur développement. Après avoir appliqué cette approche, j'ai vu de mes propres yeux à quel point c'est important pour leur croissance. »
Un/e agent de santé communautaire

Un facteur contribuant à l'efficacité des formations est autour de l'inclusion des personnes stratégiques du gouvernement au niveau du district, du secteur et des communautés. En particulier, ces informateurs clés soulignent que les formations qu'ils ont suivies les aident à promouvoir leur responsabilité et leur contribution pour construire un système plus inclusif à long terme. Selon un représentant du gouvernement au niveau du district, les formations aident aussi à la construction de leurs capacités sur le droit des enfants en vue de la pérennisation du Projet et de la réalisation du changement ultime pour les enfants et leurs familles.

Un autre facteur critique contribuant à l'efficacité des formations et de la transmission des messages du Projet Soins Attentifs est l'implication des ASC. Depuis 1995, les ASC jouent un rôle essentiel dans la prestation de services au sein du système de santé rwandais dans les communautés et ils gèrent un grand pourcentage de la charge des maladies.⁴⁶ Pour pallier les difficultés existantes d'accès des populations des zones rurales et éloignées aux postes et aux centres de santé, les ASC sont chargés de promouvoir et administrer les services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (RMNCH). En outre, les centres de santé sont responsables pour la supervision et mentoring des ASC dans leurs zones de responsabilité. Dans le Projet Soins Attentifs, les formations jointes des ASC dans les centres de santé, les visites de terrain des superviseurs et les relations de supervision entre les différents niveaux du système de santé avec les équipes de HI ont permis de renforcer les connaissances des formations.

Etant donnée la spécialisation des ASC sur le suivi de santé des enfants, les formations autour des soins attentifs ont été considérées efficaces par les informateurs clés. En effet, lors des entretiens, les ASC ont identifié toutes les activités qu'ils effectuent durant les sessions de suivi avec les familles ayant des enfants âgés de 0 à 5 ans : dans tous les entretiens, les ASC expriment qu'ils mènent régulièrement des activités de suivi, de référencement et de soutien aux familles de manière holistique, dont :

- Évaluer l'état de développement des enfants ;
- Traiter les enfants sur certaines maladies communes ;
- Orienter les enfants présentant d'éventuels retards de développement, des besoins spécifiques ou des difficultés de fonctionnement vers des services de soutien individuels (par exemple, des services de réadaptation et d'adaptation) ;
- Recevoir des recommandations d'autres services pour des enfants présentant d'éventuels retards de développement, des besoins spécifiques ou des difficultés de fonctionnement ;
- Promouvoir les pratiques de soins nourriciers - y compris l'éveil précoce - auprès des parents ;
- Visites à domicile des mères enceintes ou des mères avec un nouveau-né.⁴⁷

Les sujets abordés par les ASC avec les parents, que ce soit en groupe ou en consultation individuelle, incluent les piliers des soins attentifs :

- Lavage des mains et hygiène à domicile ;
- Pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ;
- Soins aux enfants malades ;
- Stimuler les bébés et les jeunes enfants à la maison ;
- Expliquer les étapes du développement aux parents ;

⁴⁶ MOH (2021)>

⁴⁷ La question demandait si ces activités ont été effectuées dans le dernier mois.

- Expliquer aux parents les retards de développement, les besoins particuliers ou les difficultés de fonctionnement.

Les difficultés rencontrées avec la mise en œuvre des connaissances suite aux formations sont liées au manque de moyens (ressources financières et matériels), la portée limitée des personnes impliquées dans une même zone géographique et les cas isolés de difficultés à cause du handicap. Pour un enfant qui a un handicap qui ne peut pas être pris en charge par l'école, il n'est pas toujours possible de le transférer à une école spéciale. Plusieurs ASC ont indiqué la difficulté de la mise en œuvre de leur formation sur la Blue Box à cause des limites du matériel disponible. D'autres ASC ont indiqué des difficultés liées aux ressources limitées qu'ils ont pour effectuer leur travail correctement (à la base bénévole pour renforcer le système de santé au niveau communautaire) : souvent les familles ayant le plus de besoins dans le Projet sont celles qui sont les plus isolées, ce qui engendre des dépenses supplémentaires (par ex. coûts, moyens et temps de transport).⁴⁸

La formation pour la Blue Box a été limitée à deux districts (Karongi et Gicumbi) où 52 ASC et 5 Agents de Santé et d'Environnement Communautaire (CEHO) ont été formés. Parmi les 38 parents interrogés, ils n'ont pas mentionné les noms spécifiques de Blue Box ou de Baby Ubuntu, mais les activités ont été identifiées dans le contexte du Projet. Les groupes « Baby Ubuntu » ont été formés et les enfants et les parents sont suivis par les ASC. En 2024, 170 enfants présentant un retard de développement (selon leurs résultats avec l'outil de détection MDAT) ont été inscrits en groupes de Baby Ubuntu avec les ASC. Les parents ont exprimé leur satisfaction avec ces groupes de soutien, notamment l'intérêt de les sortir de leur isolement et de se regrouper avec d'autres parents qui ont des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement. D'autres facteurs de réussites incluent une meilleure compréhension des causes réelles des handicaps et des retards de développement, des changements positifs dans les connaissances, les attitudes et les pratiques concernant la prise en charge des enfants ayant des besoins particuliers et l'apprentissage des techniques de manipulation.⁴⁹



« Il y a également des changements de notre comportement, car nous avons adopté des pratiques de soins plus réactives, telles que des activités de stimulation précoce comme les contes, les chants et les jeux interactifs. »
Un/e agent de santé communautaire (ASC)

⁴⁸ Les ASC sont élus par les membres de la communauté sur plusieurs critères dont ceux de littératie et numératie et d'une éducation niveau primaire complétée. Ils reçoivent des primes « incentives » sur la base de leur performance autour des indicateurs de santé ainsi que des motivations « matérielles » pour aider à effectuer leur travail (par ex. bottes, lampes frontales, téléphones portables, sacs). MOH (2021).

⁴⁹ HI (2024). Présentation Baby Ubuntu Activity. Juin.

3.2.4. Résultat 7 : Le Projet Soins Attentifs a modifié de manière significative la perception socioculturelle liée au handicap selon les parties prenantes interrogées : les droits des enfants avec handicap ou à risque de retard de développement ont été mis en avant, ainsi que leur inclusion dans les centres DPE aussi bien que dans les écoles pré-primaires et primaires.

Dans cet examen de mi-parcours, les informateurs clés ont identifié un résultat lié à une évolution des comportements liés à l'inclusion dans les communautés, alors que ce résultat n'est pas attendu ou inclus dans la TdC.⁵⁰ Néanmoins, dans ce type de Projet, qui fait une large place aux activités à base communautaires, il ne serait pas surprenant de considérer que la TdC inclurait le changement de comportement de ceux qui sont à la fois responsables et détenteurs de droits, tels que les parents, les aidants des centres DPE et les ASC (agents de santé communautaires).

Par ailleurs, l'inclusion des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement a été rapidement comprise comme un droit humain parmi les bénéficiaires et les groupes ciblés par le Projet Soins Attentifs. Les informateurs clés au niveau des districts ont noté que la présence du Projet Soins Attentifs a permis de mieux comprendre l'inclusion, de mieux comprendre les droits des enfants, et de transmettre ces messages aux parents et aux aidants afin d'arriver à acter sur ces droits.



« Les parents qui ne se sentaient pas à l'aise parmi les autres parents parce qu'ils avaient des enfants avec handicap savent maintenant que tous les enfants sont égaux et les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement ne devraient pas être isolés des autres et que ces enfants ont aussi leurs droits d'inclusion et devraient être traités de la même manière. »

Un/e représentant/e IZU

Les membres de la société civile, les représentants du gouvernement au niveau des districts et les acteurs des groupes ciblés au niveau du district ont été parmi les bénéficiaires des formations de HI en renforcement des capacités sur la question liée à l'inclusion et, à ce titre, ils ont été parmi les pionniers dans le travail de changement de comportement au sein des communautés. Un cadre du gouvernement (cf. encadré ci-dessous) a partagé la transformation effectuée sur les concepts de l'inclusion. Parmi les ASC, les enseignants et

⁵⁰ Cet effet non intentionnel est considéré dans cette évaluation au titre que ce résultat induit une transformation importante pour les populations bénéficiaires (OCDE, 2023).

les directeurs d'école, qui ont tous reçu une formation sur les notions de l'inclusion et la protection des enfants, ils ont noté le changement de leurs propres attitudes envers les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement, et une meilleure compréhension des conséquences de la situation de l'inégalité des chances dans l'éducation.



« Toutefois, avec l'introduction des centres DPE, ces enfants sont désormais mieux acceptés dans la société qu'auparavant. Ceux qui étaient autrefois cachés à la maison sont aujourd'hui intégrés dans les centres DPE avec les autres enfants, et leurs droits sont de plus en plus reconnus et respectés. [...] Le Projet leur a permis de comprendre que les enfants handicapés ont les mêmes droits que les autres enfants et qu'ils ne sont pas laissés pour compte. »

Un/e représentant/e non gouvernemental/e

En outre, les parents des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement qui sont inscrits aux centres DPE et les enseignants des écoles inclusives ont noté un changement d'attitude envers les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement, que ce soit de la part des autres parents ou des autres enfants.



« Les autres parents voient qu'un enfant avec un handicap ou à risque de retard de développement peut étudier comme les autres. »

Un/e parent

« Nous avons constaté que les enfants sont maintenant ouverts à l'acceptation des personnes avec un handicap. »

Un/e parent

« Avant, les enfants maltrahaient ceux qui avaient des difficultés, les considérant comme des enfants pas comme les autres, mais aujourd'hui, ils jouent ensemble et partagent tout. »

Un/e enseignant/e

De plus, des effets imprévus ont été notés par les informateurs clés, notamment autour de leur capacité de transmettre les messages d'inclusion et de sensibilisation aux parties prenantes dans les communautés non atteintes par le Projet.



« On a aussi ces exemples qu'on peut amener dans les autres secteurs, et cela nous aide dans notre travail. »

Un/e représentant/e non gouvernemental/e

Il est important de noter les limites de cette évaluation à mi-parcours pour ce qui est d'établir clairement les contributions du Projet aux changements à long terme. Ceci étant dit, dans les délais impartis, le Projet a favorisé des changements de comportement significatifs parmi les principales parties prenantes, y compris dans les communautés ciblées, jetant les bases de pratiques transformatrices en matière de l'inclusion des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement.

3.3. Efficience

3.3.1. Résultat 8 : Les compétences multidisciplinaires de l'équipe HI apportent un levier important pour soutenir les besoins des groupes bénéficiaires de ce Projet au niveau communautaire. Les ressources humaines du Projet semblent optimisées malgré sa portée limitée, où chaque acteur a un rôle clairement défini

pour la gestion des dossiers. Les demandes de formation de remise à niveau sont demandées par tous les acteurs.

Dans les entretiens effectués, les représentants du gouvernement (au niveau national et district) ont souligné les compétences variées du personnel de HI (santé mentale, physiothérapie, ergothérapie, etc.) comme un facteur important dans la mise en œuvre des différentes activités. Le personnel HI a reçu plusieurs formations sur les soins attentifs et les thématiques de la petite enfance, ainsi que l'appui technique de la spécialiste technique régionale soins attentifs (basée à Kigali). L'importance de la mise en œuvre des soins attentifs dès le plus jeune âge a été soulignée par le personnel HI lors des entretiens effectués pour cette évaluation.

Les formations pour les groupes professionnels ciblés ont donné les outils et les capacités techniques afin de pouvoir mettre en œuvre les activités avec les bénéficiaires. Dans le secteur de la santé, les capacités semblent être à niveau selon les informateurs clés. Dans le secteur de l'éducation et la petite enfance, les enseignants et les aidants ont noté des difficultés de travailler avec les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement. Parfois la difficulté d'exécution était dans la nature du handicap, dans le manque d'équipement ou des aides techniques, ou dans la gestion du cas spécifique. Dans les centres DPE, les parents notent que les aidants ont parfois des difficultés à inclure leurs enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement dans certaines activités. Cette difficulté a aussi été observée lors des entretiens effectués dans les centres DPE ; certains enfants avec des difficultés fonctionnelles étaient sans équipement ou aide et n'étaient donc pas capables de s'asseoir ou de participer aux activités en cours.

3.3.2. Résultat 9 : Selon les partenaires institutionnels et opérationnels au niveau des districts, le Projet Soins Attentifs a renforcé les liens entre les secteurs, notamment entre ceux de l'éducation et de la santé, afin d'optimiser les prestations des services publics d'une manière intégrée pour répondre aux besoins des enfants et d'améliorer leur accès aux services de santé et de réhabilitation.

L'approche du Cadre des soins attentifs souligne l'importance des relations multisectorielles pour répondre aux besoins des enfants.⁵¹ Au Rwanda, suite à sa politique DPE multisectorielle, les secteurs principaux travaillent ensemble au niveau des districts et la coordination des activités de santé, d'éducation, de protection et de nutrition s'effectuent au niveau du district. En support de ces activités DPE, le Projet a apporté une valeur ajoutée en améliorant les liens entre les centres DPE et les secteurs de l'éducation et de la santé. Plusieurs exemples de nouveaux liens ou de nouvelles activités entre les secteurs associés au Projet ont été relevés par les informateurs clés :

⁵¹ WHO and UNICEF (2022).

- Les aidants des centres DPE reçoivent une formation au centre de santé une fois par mois pour travailler avec les infirmières sur la stimulation des enfants ;
- Les ASC font une sensibilisation pour motiver les parents d'inscrire leurs enfants dans les centres DPE, surtout si ces enfants ont des retards de développement et pourraient bénéficier de la stimulation avec les autres enfants ;
- Les ASC suivent le statut nutritionnel des enfants dans les centres DPE.

Suite au Projet de HI, les écoles identifient aussi le lien avec les centres de santé afin de donner des techniques pour travailler avec l'enfant avec un handicap ou à risque de retard de développement en milieu scolaire inclusif. Au niveau de la gestion des dossiers, les bénéficiaires ont indiqué que les orientations vers les centres de santé ou vers les hôpitaux se font de manière efficace. De même, les acteurs dans le domaine de la santé ont noté une amélioration des systèmes de référencement et qu'ils voient plus d'enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement dans les centres de santé qu'auparavant.

Les acteurs nationaux sont moins impliqués dans le Projet Soins Attentifs que les acteurs au niveau des districts, qui font le suivi des activités, dont des visites de terrain, les réunions de coordination entre partenaires (JADF) et des réunions multisectorielles sur la petite enfance.

Les efforts déployés pour coordonner les services de santé avec les écoles primaires ont été efficaces. Le manque de soutien des services de santé dans l'appui des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement a été noté comme une défaillance du système. Alors que les écoles se considèrent plus inclusifs, et sensibles aux besoins des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement, ils ne savent pas gérer une crise d'épilepsie.

Une enquête menée auprès des bénéficiaires et groupes ciblés qui ont reçu des services du Projet Soins Attentifs (parents, professionnels de santé et volontaires communautaires de santé) a fait ressortir une haute satisfaction de la qualité des services, du professionnalisme de l'équipe HI et l'accès et d'élimination des obstacles rencontrés lors de l'accès au service (96% et 91% de satisfaction, respectivement).⁵²

3.3.3. Résultat 10 : Les ressources du Projet Soins Attentifs sont limitées, ce qui ralentit l'atteinte de certains objectifs du Projet, comme l'accès à la réadaptation et la qualité de l'apprentissage dans les centres DPE.

Alors que le Projet n'a pas de grandes lignes budgétaires liées à la mise en œuvre de ses activités, le manque d'équipement et de matériel de réadaptation pour faire le suivi des formations a été souligné par les professionnels de santé. Dans les entretiens, les informateurs clés issus des secteurs de la santé, de l'éducation et de la petite enfance ont indiqué qu'ils n'avaient pas suffisamment de matériel ou d'espace pour faire leur travail correctement.

⁵² Enquête de satisfaction des bénéficiaires (2023).

Dans les cinq centres de la petite enfance visités lors de cette évaluation à mi-parcours, le manque de matériel d'apprentissage était visible. Les salles d'activités étaient vides pour la plupart, avec quelques décorations aux murs. Quelques jeux de construction ont été observés, mais aucun autre élément était présent pour aider à stimuler le développement holistique des enfants. Les centres étaient propres et l'atmosphère joyeuse, mais les enfants n'avaient pas accès à un environnement propice pour stimuler leur développement comme indiqués dans les normes et standards du Rwanda. En ce qui concerne les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement, ils n'ont pas toujours accès à un équipement ou de dispositifs d'assistance qui leur permettrait de participer au maximum de leur capacité.

Plusieurs professionnels des centres de santé ont mentionné les difficultés de garder le personnel formé dans les milieux ruraux et éloignés. En effet, dans un centre de santé visité, deux personnes formées par HI sur les soins attentifs n'étaient plus affectés dans ce centre. La déperdition de personnes formées laisse un vide significatif à cause de faibles nombres de personnes formées par centre (environ deux). Le mentoring par les cadres des hôpitaux n'a pas été jugée efficace car la fréquence est trop faible (une fois par mois).

La décision de développer la Blue Box dans seulement deux districts (Gicumbi et Karongi) a été prise de manière délibérée afin d'être efficace dans la formation et le suivi des utilisateurs de la Blue Box (notamment, les ASC et les professionnels des hôpitaux). L'évaluation n'a pas pu attribuer une efficacité particulière à cette décision, mais l'outil est suffisamment complexe pour assurer une bonne maîtrise par le personnel HI, que la décision semble justifiée. Néanmoins, le suivi des utilisateurs de la Blue Box au niveau communautaire (les ASC) semble fragilisé par les difficultés de mettre en place une supervision adéquate à ce niveau ; le personnel du secteur de santé (responsables de cette supervision) indique n'avoir ni les ressources ni le temps suffisant pour effectuer le transport dans les communautés éloignées.

En outre, les partenaires de la société civile ont indiqué plusieurs fragilités dans le développement et la mise en œuvre de leurs activités :

- A plusieurs reprises, les difficultés contractuelles avec HI ont été indiqués comme un ralentissement de l'initiation des activités dans le Projet.
- La participation des OSC a été effectué après la mise en œuvre des activités du Projet, ce qui a été considérée comme une opportunité manquée d'utiliser les connaissances des OSC.
- La période opérationnelle était considérée très courte pour effectuer les activités avec les résultats attendus ; certaines activités n'ont pas été effectuées à cause des limites de temps et de budget.
- Les cibles géographiques des activités étaient dans les zones reculées des districts, ce qui augmentait les coûts par rapport au budget et au temps.
- Le choix des activités des OSC n'était pas optimisé par rapport aux besoins des communautés. Un exemple donné était qu'un plus grand nombre de personnes auraient pu être impliqués dans les formations.

3.4. Partenariat

3.4.1. **Résultat 11 : Les collaborations avec les structures étatiques ont porté leurs fruits dans les secteurs de la santé et de l'éducation, et de la petite enfance, notamment dans la préparation et mise en œuvre de formations et des outils de diagnostic. Cependant, les résultats pour les bénéficiaires au niveau de la gestion des services intégrés sont moins concluants.**

De nombreux exemples de partenariats ont été effectués dans le cadre du Projet Soins Attentifs, notamment avec le secteur de la santé et le NCDA. Ceux-ci incluent des formations cocréées, des renforcements au niveau du financement, du plaidoyer et de la mobilisation des ressources. Dans ces cas, les acquis du partenariat au niveau national sont validés, bien que les liens avec l'avancement des soins attentifs soient moins évidents.

Le Projet a aussi développé des outils de formation et de monitoring qui renforcent les capacités et les outils au niveau national. Par exemple, la formation rappel en SONU-B a été renforcé par l'ajout d'un module sur la détection précoce du handicap dans le cadre de ce Projet et a été validé par la RBC pour les formations futures. Il en est de même pour un outil de diagnostic de l'environnement inclusive des écoles primaires et des centres DPE, qui peuvent être repris par le Ministère de l'éducation et le NCDA. En revanche, le MDAT aurait pu être adapté par RBC pour une utilisation au niveau national, mais RBC a choisi de développer son propre outil national.

En ce qui concerne l'objectif d'une gestion améliorée et inclusives des dossiers des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement, les conclusions sont moins probantes. En effet, il y a de nombreux personnels qui reçoivent une formation dans le cadre du Projet.

3.4.2. **Résultat 12 : L'approche de partenariat avec les OSC a été mis en place à petite échelle, avec peu de moyens financiers, pour effectuer des activités opérationnelles ponctuelles du Projet. Leur implication avec le Projet a été considérée positive par les parties prenantes.**

Le rôle et la contribution des OSC dans ce Projet s'aligne avec leurs activités qui peuvent compléter une activité ponctuelle dans un district. Cette collaboration a été menée sur une grande variété d'activités : la fourniture d'équipements ; appui financier ; initiatives de plaidoyer et de sensibilisation au niveau des communautés ; formations des parents ; diagnostique d'inclusivité au niveau des écoles ; et des services de soutien pour permettre aux communautés de mieux gérer les centres de DPE. Les activités effectuées par les OSC ont été jugées fructueuses par les OSC ; celles-ci ont aussi souligné de manière positive les apports des formations de HI sur le handicap et l'inclusion, la protection des enfants et le plaidoyer autour des droits des enfants et contre l'exploitation et les abus sexuels.

Les résultats des entretiens avec les OSC suggèrent que les niveaux d'engagement des communautés étaient très élevés pendant cette phase de mise en œuvre, et qu'elles ont pu constater des améliorations dans les environnements familiaux, les pratiques parentales et les connaissances des communautés en matière de développement du jeune enfant. Cependant, étant donné la portée des activités du Projet et de cette évaluation, une triangulation des opinions n'est pas possible.

Néanmoins, l'information dans les documents du Projet est manquante pour attester davantage sur l'approche stratégique de choisir des partenaires opérationnels au niveau des districts et l'impact de ces contrats sur l'ensemble du Projet. Les activités choisies n'étaient pas identiques à travers les quatre districts, et les rapports de suivi de leurs activités ne sont pas obligatoires (selon les OSC). En outre, les OSC ont répondu positivement sur leur satisfaction des activités liées au Projet, de l'expérience de travailler avec les communautés sur le sujet des soins attentifs, et de vouloir étendre leur champ d'application dans d'autres zones du district.

4. Conclusions

L'évaluation à mi-parcours du Projet Soins Attentifs souligne les réalisations de l'Initiative, tout en identifiant des domaines critiques à améliorer pour renforcer l'efficacité et les partenariats. Les conclusions sont tirées d'une synthèse des résultats obtenus aux niveaux national et des quatre districts.

4.1. Pertinence : L'intervention répond-elle au problème ?

Les résultats de l'évaluation suggèrent que l'approche de la conception et de la mise en œuvre de la programmation des activités du Projet a soutenu la pertinence des besoins du pays et de sa population. Les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement reçoivent un appui au niveau des cinq domaines des soins attentifs, bien qu'à des niveaux différents, et les activités de prévention et de dépistage dans le Projet créent un environnement amélioré pour la prise en charge et la promotion du développement intégrée des enfants au Rwanda.

Les résultats des quatre districts soulignent la pertinence des objectifs, des changements intermédiaires et des activités du Projet pour les détenteurs de droits et le pays dans son ensemble, ainsi que l'alignement sur la politique intégrée de développement de la petite enfance, la politique de l'éducation inclusive et les objectifs nationaux de développement. L'accent mis sur les zones rurales défavorisées a répondu aux besoins.

4.2. Efficacité : L'intervention atteint-elle ses objectifs ?

Les résultats suggèrent que de nombreux progrès ont été accomplis vers la réalisation des objectifs du Projet. Ces progrès ont été rendus possibles par l'engagement général de la communauté en faveur des droits des enfants, en particulier ceux qui ont un handicap ou à risque de retard de développement, par l'engagement des agents de santé communautaires pour donner un soutien aux parents de ces enfants, et par les aidants et enseignants qui

adhèrent à l'inclusion de ces enfants dans un environnement sûr et favorable à leur développement et à la participation des enfants.

Le Projet a également dispensé de nombreuses formations solides pour de divers groupes de professionnels et des aidants au niveau communautaire et du district. Cependant, les effets de celles-ci sont sensibles à la population cible : les informations qu'elle a dispensées sont appliqués de manière irrégulière parmi les informateurs clés, spécialement ceux qui se sentent peu soutenus par la communauté dans leur travail (souvent bénévole). Si les preuves montrent que le contenu et la substance des formations ont été bien accueillis et ensuite bien utilisés par un sous-ensemble de personnes formées, le nombre de personnes ciblées était néanmoins trop restreint et le manque de soutien au fil du temps (par exemple, mentorat, formation de mise à niveau) pourrait saper l'efficacité des formations offertes.

Certaines contraintes ont miné l'efficacité du Projet, telles que la faiblesse des ressources dispersées et étirées au-delà des limites, le manque de personnel de santé et l'encadrement limité suite aux formations.

4.3. Efficience : Les ressources sont-elles utilisées de manière optimale ?

L'évaluation a montré que les progrès du Projet dépendent fortement de l'environnement opérationnel qui a été efficace, notamment en s'appuyant sur les ressources humaines de HI.

Les partenariats avec les OSC, partenaires chargés de la mise en œuvre de certaines activités, se sont avérés être une approche rentable et ont contribué à avancer vers les résultats du Projet et à renforcer l'engagement au niveau des cellules. La mise en œuvre au niveau du district est limitée et les responsables sectorielles du district ne sont pas impliqués davantage dans les responsabilités autour du Projet Soins Attentifs. La rotation du personnel dans les zones reculées reste un problème dans de nombreux secteurs, tels que la santé et l'éducation.

4.4. Partenariat : Les partenaires opérationnelles sont-elles impliquées dans le projet ?

Grâce à un modèle de partenariat dynamique, le Projet met en œuvre une approche holistique du développement intégré des enfants pour construire des fondations communautaires qui transforment le handicap, en s'attaquant à la fois aux obstacles à l'égalité des chances d'un côté de la prévention et de l'inclusion.

Les partenariats avec les OSC ont intégré une perspective de durabilité à des degrés divers. En ce qui concerne la durabilité des activités, il est difficile d'établir clairement leurs effets à long terme dans les communautés. Il y a à la fois des signes d'espoir, notamment dans la manière dont elles ont influencé d'autres activités, mais aussi des indications que les gains peuvent être sapés.

5. Recommandations

A la lumière des résultats de l'évaluation et de ses conclusions, les recommandations suivantes ont été formulées avec une vision pour les dernières années du Projet et elles s'adressent explicitement à HI en tant que responsable du projet. Comme il est ressorti des conversations tenues lors de la phase de démarrage, l'équipe de HI Rwanda attend de cette évaluation qu'elle fournisse un ensemble de recommandations opérationnelles susceptibles d'éclairer la mise en œuvre de la deuxième phase. Il est important de noter qu'au moment de la rédaction de ce document, la situation future du Projet reste incertaine. Le Gouvernement du Rwanda ayant suspendu l'aide au développement de la Belgique, toute activité liée au Projet a été mise en arrêt. Ces recommandations sont orientées par une reprise rapide du Projet.

5.1. Recommandation 1 : Renforcer davantage la gestion, la supervision et le suivi des formations et des activités au niveau des districts, notamment en sollicitant les agents sectoriels du district.

Les groupes ciblés par le Projet Soins Attentifs sont des fonctionnaires des secteurs de la santé et de l'éducation, qui ont leurs propres systèmes de gestion, de supervision et de suivi. Les aidants des centres DPE sont aussi encadrés par des spécialistes issus de NCDA. L'implication de ces systèmes de gouvernance dans la deuxième moitié du Projet aiderait à renforcer les activités de HI, notamment en soulignant les partenariats avec les secteurs. Malgré la faible envergure du Projet, il a été remarqué par les informateurs clés comme pertinent et efficace. Toutefois, un appui plus soutenu pourrait renforcer davantage les apprentissages effectués lors des formations des personnels du secteur de santé, de l'éducation et de la petite enfance.

5.2. Recommandation 2 : Cibler un appui renforcé au niveau communautaire sur les aspects du Cadre de soins attentifs qui ne sont pas encore acquis de manière soutenue, ainsi que sur l'apprentissage par le jeu. Impliquer davantage les parents dans l'apprentissage précoce de leur enfant.

Les formations Blue Box et Baby Ubuntu ont été développées et dispensées séparément pour les aidants des centres DPE et des ASC. Au niveau communautaire, il serait opportun de renforcer les liens entre ces acteurs qui ont vu leurs capacités renforcées sur les activités d'éveil et de stimulation chez les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement. Comme les formations sont en demande lors des entretiens effectués pour cette évaluation, les prochaines formations de recyclage (« refreshers ») seraient à point nommé. Par ailleurs, elles seraient une opportunité pour HI de mettre en place des Communautés de Pratique (via des réseaux sociaux) pour renforcer davantage les apprentissages entre les formations et pour créer un soutien entre aidants plus durable.

En outre, les renforcements des capacités de ces acteurs communautaires pourraient aussi bénéficier d'un support supplémentaire sur le développement des jeux et jouets et des matériels d'apprentissage pour les enfants en âge préscolaire. Les parents des enfants inscrits dans les centres DPE pourraient aussi s'impliquer davantage dans la fabrication des jeux pour les enfants, ainsi que dans la compréhension de leurs bénéfices pour le DPE. Le Projet pourrait aussi mettre à leur disposition des outils pertinents au Rwanda issus d'autres projets, notamment pour l'inclusion des enfants. Par exemple, le Partenariat Mondial pour l'éducation et la Banque mondiale soutiennent le gouvernement du Rwanda avec le développement de programmes vidéo ludiques d'apprentissage qui sont disponibles en ligne.⁵³

Par ailleurs, à travers ce Projet, si les parents se considèrent davantage informés par l'importance de l'éducation pour tous les enfants et des droits d'inclusion pour les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement, ils ont moins bien intégré les aspects autour des soins attentifs et de leur rôle en tant que premiers éducateurs de leurs enfants. Le renforcement des capacités des parents a été concentré avec ce Projet autour des groupes de soutien, des parents aidants et des groupes de Baby Ubuntu, mais une plus grande implication de tous les parents avec les centres DPE est considérée par cette évaluation comme une opportunité manquée. La sensibilisation des parents sur l'apprentissage précoce, les soins attentifs et l'apprentissage par le jeu ne sont pas encore des connaissances acquises.

5.3. Recommandation 3 : Pour la deuxième phase du Projet, développer des rapports de suivi par CI et suivant la typologie des activités incluses dans celles-ci.

Ce Projet combine ses activités d'une part, entre une cible au niveau individuel – par exemple, par le support à l'accès aux systèmes des services de santé et de réhabilitation – et d'autre part, avec une vision plus large pour un changement systémique avec un renforcement de capacités des parties prenantes. Cependant, malgré une vaste collecte de données, les liens entre les différentes activités du projet ne sont pas exploités ou analysés afin de pouvoir tirer des enseignements stratégiques ou holistiques. Par exemple, il serait pertinent de regarder les données sur la malnutrition en lien avec les résultats MDAT au niveau individuel, afin de cibler davantage les composants des services intégrés pour l'enfant identifié avec un handicap ou un retard de développement. De même, des études de cas de suivi des familles avec des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement permettraient d'avoir une approche holistique de leur situation, leurs besoins et leurs défis. L'évaluation de la gestion des cas au niveau du Projet serait plus efficace avec ces données croisées au niveau individuel.

L'approche proposée par cette évaluation à mi-parcours est d'effectuer des analyses plus étroitement liées aux changements intermédiaires, basées sur le LogGram et aux activités

⁵³ <https://www.youtube.com/channel/UCCSm2s9wZC8B611SIsUWg/videos>

émergentes de celle-ci. Le suivi du Projet manque cette vision holistique. Par la suite, il incomberait possiblement au Projet et à son Comité de pilotage de valider la poursuite des activités considérés prioritaires pour les bénéficiaires.

5.4. Recommandation 4 : Diversifier les sources de revenus du projet afin d'améliorer les apports et accélérer les résultats des changements intermédiaires (CI). Certains éléments clés gagneraient à être renforcés davantage, comme le soutien à la qualité des centres ECD, ainsi que les formations et supervisions plus fréquentes et touchant un plus grand nombre d'acteurs au niveau communautaire.

La portée limitée du Projet a été un thème récurrent à travers les entretiens effectués dans le contexte de cette évaluation. Le besoin des parties prenantes et la pertinence du Projet sont clairement reflétés de manière positive dans cette première période de sa mise en œuvre. Néanmoins, les lacunes opérationnelles mises en évidence au cours de cette évaluation découlent de l'éventail large d'activités qui poussent les limites des ressources humaines et financières du Projet.

Les difficultés rencontrées par le Projet sont aussi liées aux grands nombres de besoins pour combler les lacunes des services inclusifs et adaptés pour les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement. Alors que l'engagement du gouvernement envers la petite enfance n'est pas aligné avec une allocation de ressources techniques et financières suffisantes, ce décalage est également associé à une répartition inéquitable des ressources dans les zones les plus reculées. En effet, il existe une inégalité d'accès aux services de DPE et de santé de qualité entre les populations les plus favorisées et les plus défavorisées du Rwanda. Les enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement et les zones reculées sont parmi ces derniers, et qui ont tiré un avantage d'être les bénéficiaires cibles de ce Projet.

Afin de combler les besoins du Projet, cette évaluation suggère une augmentation des revenus avec la diversification de partenariats pour compléter les éléments essentiels du Cadre pour des Soins Attentifs. En particulier, une approche plus soutenue au niveau des communautés aiderait à renforcer les premiers résultats de ce Projet : la sensibilisation sur le handicap, le suivi des formations des parties prenantes dans le système de santé et d'éducation au niveau communautaire, et l'appui matériel et technique pour les centres DPE.

La prochaine phase pourrait aussi s'approprier les moyens pour compléter les éléments phares du projet, et de se concentrer sur les activités prioritaires. Cette évaluation estime que les activités qui sont liées au soutien du niveau communautaire, et des enfants les plus jeunes (0-6 ans), sont les plus concluants pour une transformation durable de la promotion intégrée des enfants et des services inclusifs au Rwanda. Alors que ces premières années sont primordiales pour le développement du potentiel de l'enfant, ce sont aussi celles où les

ressources holistiques des services publics rencontrent plus de difficultés dans la mise en œuvre.

Les alternatives suivantes sont proposées à HI pour leur considération pour la durée restante du Projet. Elles peuvent s'appliquer dans un ou plusieurs districts selon les moyens disponibles :

- Focaliser les efforts techniques (par ex. suivi régulier, renforcement des connaissances) sur les groupes de soutien parental pour les enfants de 0 à 6 ans (CI 1 ; CI 2) ;
- Faciliter l'accueil des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement dans les centres DPE en ayant un nombre suffisant de parents formées par HI (au moins deux par séance d'accueil) et effectuer régulièrement le renforcement des capacités des parents aidants autour du Cadre pour les soins attentifs et l'apprentissage par le jeu ;
- Renforcer les capacités des agents de santé communautaire et des IZU, avec des moyens supplémentaires pour accéder aux familles les plus vulnérables ;
- Impliquer davantage les parties prenantes des communautés pour développer leurs capacités de plaidoyer au niveau local et sectoriel ;
- Renforcer les capacités de plaidoyer du personnel HI afin d'améliorer les opportunités de co-développement, de partenariats et de synergie dans les activités multisectorielles au niveau du district en faveur des enfants avec un handicap ou à risque de retard de développement ;
- Surveiller les systèmes de référencement afin de freiner les difficultés subies par les familles, avec une meilleure prise en charge des responsabilités et de la supervision des dossiers.

6. Annexes

A.1 Bibliographie

Documents et outils de HI (liste non exhaustive)

- HI (2022). DGD 2022-2026 - Cadre Logique - Rwanda - VS Septembre 2022 nettoyé
- HI (2022). Institutional Policies. Project Quality Policy. Innovation, Impact and Information Division. IP 6.
- HI (2022). Rapport Cartographie des acteurs et des services dans les districts de Karongi, Gicumbi, Musanze et de Muhanga du zone de Projet.
- HI 2023-12-Country-Sheet-External-Long-RWANDA-EN
- HI_DGD 22_26_Outcome 8 Complet - Rwanda-Septembre 2022 nettoyé
- HI (2024). Présentation Baby Ubuntu Activity. Juin.
- Formation redevabilité (novembre 2023)
- Introduction du Projet - DGD 2022-2026 AV
- PedsQL tool_Ubuntu
- Rapports bailleurs (2023, Luxembourg)
- Rapports de formation (B-EMONC, Blue Box, Child Functioning Module, Aidant DPE, Soins Attentifs, Protection de l'enfance) et modules de formation
- Rapport rapide de l'Enquête de satisfaction des bénéficiaires (décembre 2023).
- Revue de Projet inter-services (ISPR).
- Rapport de Formation sur le Child Functioning Module (CFM). Enseignants, enseignants et directeurs d'écoles (Muhanga, August 2024).

Documents sur le Rwanda

- Genesis Analytics (2023). For the future: An Investment case for Early Childhood Development in Rwanda. Final Study Report. Report prepared for UNICEF and NCDA. <https://www.ncda.gov.rw/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=99474&token=80ee103da60bab1986c3930544b1a47f97fce79f>.
- Law N° 71/2024 of 26/06/2024 Governing Persons and Family (2024). Year 63. Official Gazette n° Special of 30/07/2024. <https://www.ncda.gov.rw/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=105400&token=cc54bb67e0c09480b1855107f74ff5b8b49b47ae>.
- Ministerial Order (2020). Ministerial Order N° 001/Migeprof/2020 of 03/06/2020 Establishing Regulations on the Implementation of the Early Childhood Development Programme. Official Gazette n° Special of 04/06/2020. <https://www.ncda.gov.rw/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=23918&token=28d294753d39a27dac888968bc8e58df3367eb73>.
- Ministry of Education (2011). Early childhood development policy. June.

Ministry of Education (2018a). Education Sector Strategic Plan (ESSP) 2018/2019 – 2023/2024.

Ministry of Education (2018b). Revised special needs and inclusive education policy, <https://www.mineduc.gov.rw/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=5823&token=30ac75706c41dd0b8f196645c969d2ddcf928d99>. .

Ministry of Finance and Economic Planning. Vision 2050. https://www.minecofin.gov.rw/fileadmin/user_upload/Minecofin/Publications/REPORTS/National_Development_Planning_and_Research/Vision_2050/English-Vision_2050_Abridged_version_WEB_Final.pdf.

Ministry of Gender and Family Promotion (2016). Early childhood development policy. https://www.migeprof.gov.rw/fileadmin/user_upload/Migeprof/Publications/Guidelines/Early_Childhood_Development_policy-2016.pdf.

Ministry of Gender and Family Promotion (2018). National Early Childhood Development Program (NECDP) Strategic Plan 2018-2024. Rwanda Integrated Early Childhood Development Investment Case. <https://www.globalfinancingfacility.org/sites/default/files/2022-12/Rwanda-Investment-Case.pdf>.

Ministry of Gender and Family Protection (2011). National Integrated Child Rights Policy. <https://www.ncda.gov.rw/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=36340&token=bab1f8bfd6a6734ec9483563274b53c2af680fa8>.

Ministry of Gender and Family Protection (2019). Integrated ECD Model Guidelines. <https://www.ncda.gov.rw/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=23898&token=f6dff9499a123c3dc4e4d85e0b309a973974e07a>.

Ministry of Health (2021). Procedures Manual for Community Health Workers Performance Based Financing. June. https://moh.prod.risa.rw/fileadmin/user_upload/Moh/Publications/Policies/Community_PBF_Procedure_Manual_July_2021-1.pdf.

Ministry of Local Government (2021). National Policy of Persons with Disabilities and Four Years Strategic Plan (2021-2024). May.

Muhanga District (2018). Muhanga District Development Strategy: 2018 – 2024. June.

National Institute of Statistics of Rwanda and Rwanda Ministry of Health (2021). Rwanda Demographic Health Survey, 2019-20.

National Transformation Strategy 1: 2017-2024.

National Transformation Strategy 2: 2024-2029.

National Institute of Statistics of Rwanda (NISR) [Rwanda], Ministry of Health (MOH) [Rwanda], et ICF (2023). Rwanda Demographic and Health Survey 2019–20

- Supplemental Report for Micronutrients. Kigali, Rwanda, and Rockville, Maryland, USA: NISR and ICF. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR370/FR370mn.pdf>.
- NCDA (2023). Supportive Supervision Report: September 2023. <https://www.ncda.gov.rw/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=96523&token=9cdfcf18f0026e61cdcd0e9c6763c04e14ca65f>.
- NCDA (2024). Consolidated Nutrition Budget Execution – Report July 2023 – June 2024. <https://www.ncda.gov.rw/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=102835&token=c13d103f697b61be9cc9217f66528d15d1405cf8>.
- NECDP (2018). National Strategic Plan 2018-2024. Rwanda Integrated Early Childhood Development Investment Case. National Early Childhood Development Program.
- Ngaruye, I., Nzabanita, J., Niragire, F. et al. Child stunting prevalence determination at sector level in Rwanda using small area estimation. BMC Nutr 9, 147 (2023). <https://doi.org/10.1186/s40795-023-00806-w>, <https://bmcnutr.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s40795-023-00806-w.pdf>.
- Nkurunziza, Emmanuel, Erigene Rutayisire, Kevim Nwanna Uchechukwu and Michael Fissehay (2024). Stunting among children under five years with disabilities in Bugesera District, Rwanda: prevalence and associated factors. (preprint) <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3853883/v1>.
- Presidential order (2020). N° 083/01 of 28/08/2020 establishing the National Child Development Agency. <https://www.ncda.gov.rw/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=67406&token=47467465e054fe0a0220e84db051e593acbbf275>.
- Republic of Rwanda (2017). 7 Years Government Programme: National Strategy for Transformation (NST1). 2017-2024. https://vision2050.minecofin.gov.rw/fileadmin/user_upload/Publications/NST1/NST1.pdf.
- Republic of Rwanda (2024). Five years government programme. National Strategy for Transformation (NST2) (2024-2029).
- Scaling Up Nutrition (2022). Use of the child scorecard to accelerate the reduction of stunting in Rwanda. Action Brief. December. [https://scalingupnutrition.org/sites/default/files/2023-10/Rwanda%20-%20action%20brief%20\(EN\).pdf](https://scalingupnutrition.org/sites/default/files/2023-10/Rwanda%20-%20action%20brief%20(EN).pdf).
- Sebera, Fidèle, Naasson Munyandamutsa, Dirk E. Teuwen, Ibrahim Pierre Ndiaye, Amadou Gallo Diop, Azita Tofighy, Paul Boon, Peter Dedeken (2015). Addressing the treatment gap and societal impact of epilepsy in Rwanda — Results of a survey conducted in 2005 and subsequent actions. Epilepsy & Behavior, Volume 46, p 126-132, <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.03.028>.

Tuezerwe, Alain Bertrand (2024). Le Rwanda a lancé un dialogue national sur l'éducation inclusive et l'éducation spécialisée. Igihe, 29 novembre 2024. <https://fr.igihe.com/Le-Rwanda-a-lance-un-dialogue-national-sur-l-education-inclusive-et-l-education.html>.

UNICEF (2024). Health, Nutrition and Early Childhood Development in Rwanda. A situation analysis. January. <https://www.unicef.org/rwanda/media/5366/file/UNICEF%20Rwanda.pdf>.

University of Global Health Equity (2022). Inclusive Nutrition and Early Childhood Development (INECD)-Gikuriro Kuri Bose. <https://ughe.org/inclusive-nutrition-and-early-childhood-development-inecd-gikuriro-kuri-bose>.

USAID (2019). Mentoring the Community Health Worker MCSP/Rwanda Case Study. August 2019. <https://mcsprogram.org/resource/mentoring-the-community-health-worker-in-rwanda/>.

USAID (2020). Nurturing Care to Improve Early Childhood Development: Rwanda Country Profile. September. https://www.advancingnutrition.org/sites/default/files/2020-12/landscape-brief_rwanda_0.pdf.

Autres documents

Britto, Pia R, Stephen J Lye, Kerrie Proulx, Aisha K Yousafzai, Stephen G Matthews, Tyler Vaivada, Rafael Perez-Escamilla, et al. (2017). 'Nurturing Care: Promoting Early Childhood Development'. The Lancet 389 (10064): 91–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3), [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31390-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31390-3/abstract).

Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (2022). Accelerating progress on early childhood development for children under 5 years with disabilities by 2030. The Lancet Global Health 2022; March, Vol. 10: e438–44.

Grantham-McGregor, Sally, Yin Bun Cheung, Santiago Cueto, Paul Glewwe, Linda Richter, et Barbara Strupp (2007). 'Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries'. The Lancet 369 (9555): 60–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/med/UKMS459/>.

Kerr, Kimberley et Zuzanna Kurzawa (2022). Financing Disability-Inclusive Education. United States Agency for International Development, Center for Education, 2022.

OECD (2021). Applying Evaluation Criteria Thoughtfully, prepared by the Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris, France. <https://doi.org/10.1787/543e84ed-en>.

UNESCO et LSHTM (London School of Hygiene and Tropical Medicine) (2025). Education and nutrition: Learn to eat well. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000392932.locale=en>.

WHO (2020). A closer look at the nurturing care components.

WHO and UNICEF (2022). Nurturing care practice guide: strengthening nurturing care through health and nutrition services. Geneva and New York: 2022. https://nurturing-care.org/?smd_process_download=1&download_id=16180

WHO and UNICEF (2023). Global report on children with developmental disabilities From the margins to the mainstream. <https://www.unicef.org/media/145016/file/Global-report-on-children-with-developmental-disabilities-2023.pdf>.

WHO, UNICEF and World Bank (2018). Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: WHO. [/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf).

A.2 Termes de référence (en anglais)



TERMS OF REFERENCE PROJECT MID-TERM EVALUATION

Promoting integrated child development and inclusive services for all
January 2022 – December 2026

Editor: Gisèle BANKUNDIYE Date of writing: June 2024

About Humanity & Inclusion

Handicap International/Humanity&Inclusion (HI) is an Independent and impartial aid and development organization with no religious or political affiliations operating in situations of poverty and exclusion, conflict and disaster. We work alongside people with disabilities and vulnerable people to help meet their essential needs, improve their living conditions and promote respect for their dignity and fundamental rights.

As of January 24, 2018, the Handicap International Federation is implementing programs under the "Handicap International/Humanity & Inclusion" (HI) working name. However, the legal name does not change; it remains "Federation Handicap International".

HI has a long track record in maternal and child health, paediatric rehabilitation and inclusive education programs. For the past 10 years, HI has been working to integrate these interventions to create cross-sectoral early childhood development (ECD) programmes in Southeast Asia the Middle East and North Africa. Since 2019, HI's ECD projects have respected the principles of nurturing care for children.

About Humanity & Inclusion in the country/region

HI presence in Rwanda started in 1994, in the aftermath of the genocide perpetrated against Tutsi.

From 1994 to 1996, HI worked alongside many other NGOs to provide emergency assistance to a population plunged in extreme distress, misery and poverty. From 1996 to 2000, HI started to engage in long-term activities, aiming at improving the living conditions of people most at risk of exclusion, particularly those with mental health problems, and HIV / AIDS, by providing them with appropriate support.

Since 2001, HI implements and supports development projects to prevent gender, disability and age-based violence, to provide physical and functional rehabilitation, mental health and psychosocial support, to promote inclusive education and early childhood development. Finally, HI promotes the inclusion of people with disabilities in society by supporting organisations of people with disabilities and civil society actors.

HI is currently present in all 30 districts of Rwanda. Since 2021, regionalization with Uganda and Kenya is in place to facilitate decision-making and provide technical support closer to our areas of intervention.

HI Rwanda covers the following areas:

- Early Childhood Development
- Inclusive education
- Inclusive Humanitarian Action
- Rehabilitation and Assistive Technologies
- Mental Health and Psychosocial Support
- Socio-Economic Inclusion

Context of the evaluation

Presentation of the project to be evaluated

HI signed a new framework agreement with the Belgian government in 2022. Rwanda, DRC and Uganda are three of the eight targeted countries of this 5-year programme. In these three countries, the projects implemented follow the nurturing care approach developed by the WHO, the World Bank and UNICEF.

Project title	Promoting integrated child development and inclusive services for all
Implementation dates	January 2022 – December 2026
Location/Areas of intervention	Rwanda: Western Province (Karongi District), Northern Province (Gicumbi and Musanze Districts) and Southern Province (Muhanga District).
Operating Partners	- Rwanda Organisation for Epilepsy (ROE) - Home de la Vierge des Pauvres Gatagara (HVP Gatagara)

Target Groups and beneficiaries	Target group(s) 352 professionals from 29 health facilities and 3 specialized hospitals/centres; 22 staff from 44 early childhood development centres; 110 teachers and 550 children from clubs in 22 inclusive schools, 1500 volunteers active in postnatal visits, 14 local manufactures of assistive devices. Beneficiaries 5455 pregnant women; 2188 mothers in postnatal visits; 5455 newborns; 610 children at risk of developmental delay; 3300 children from 44 ECD services; 2200 caregivers in well-being, 525 children with disabilities and 18656 pupils from 22 inclusive schools.
Project Budget	2,069,925.52 euro
Objectives of the project	Improve the motor, language and social development and quality of life of children (0-12 years), especially those with disabilities or at risk of developmental delay.
Expected results and indicators	1- Children (0-12) have access to adequate early stimulation, learning, development, and protection opportunities 2- Caregivers and local communities provide safe and enabling environments to support the development and participation of children ages 0-12 years 3- Improved high-quality inclusive health, rehabilitation and education services address the needs of children ages 0-12, particularly those with disabilities or at risk of developmental delay 4- National policies, strategies, action plans and guidelines promote nurturing care, early childhood development and children's quality of life.

Main activities implemented	Assess the children development with the Malawi Development Assessment Tool (MDAT). Set up education groups for disseminating information related to nurturing care and for peer support help community health workers to integrate into their home visits advice to families on child stimulation, using the Blue Box tool Strengthen the skills of IZU (friends of family) to provide comprehensive social to the families Mental health support to improve parents' well-being and enable them to play their full role as parents Ensure the referral of children with disabilities to rehabilitation facilities Support early childhood centres in terms of creation, equipment and inclusion of children with developmental delays. Strengthen the skills of primary school teachers in inclusive pedagogy and accessibility of schools Establish peer protection clubs to disseminate essential messages on child protection and inclusion. Capacity-building for health professionals in prenatal and postnatal care, emergency obstetric care, post- partum depression, integrated and functional rehabilitation to prevent, detect and manage functional rehabilitation Support pregnant women and parents to help newborns grow up well Technical support to national level Institutions (RBC, NCPD, NCDA) for nurturing care promotion
-----------------------------	---

Annex 1: Theory of change of the project

Justification of the evaluation

The project's duration is five years and as per HI's Project Quality Policy (PQP) guidelines, a mid-term evaluation is mandatory. The purpose of this mid-term evaluation is to understand the effectiveness of the project and the extent to which it has contributed to advancing its objectives. It also aims to identify the lessons learned to date, areas for improvement and challenges constraining progress to be considered when planning for the second period of the project and the continuation of the program.

The main addressees of the mid-term evaluation are:

Target groups and beneficiaries

Implementing Partners and its project staff

HI's Project staff

National/local Government officials and other partners in the project intervention area

The dominant motivation for this mid-term evaluation is to assess the level and conditions of progress for the Nurturing Care Framework operationalization, learn and identify the necessary adjustments of the project interventions.

Objectives of the evaluation

Overall objectives and expectations of the evaluation

The overall objective is to establish the Relevance, Compliance, Efficiency, Accountability to populations, Partnership of the project interventions and assess the level and conditions of progress for the Nurturing Care Framework operationalization in the 2022-2026 project intervention. It is expected from this mid-term evaluation to provide realistic and feasible recommendations and suggestions in terms of developing optimal strategy and work plan for the next phases of the project. In addition, to provide lessons learned that will feed in project intervention and achievements.

This mid-term evaluation will cover the period of January 2022 until June 2024 in the 4 districts covered by the intervention and at national level.

Specific objectives

The mid-term evaluation will:

- Assess the extent to which nurturing care is being provided to children covering the 5 domains (i.e. health, nutrition, education, safety/protection, positive parent-child interaction) in synergy and complementarity among actors;
- Present lessons learned and evidence for Nurturing Care Framework operationalization;
- Present the evidence of the following criteria: relevance, effectiveness, efficiency and partnership;
- Provide recommendations and suggestions in terms of developing optimal strategy and work plan for the continuation of the intervention.

Evaluation criteria and evaluative questions

The mid-term evaluation will assess and provide recommendations related, but not limited, to the following criteria and evaluative questions:

Relevance:

Needs

- Does the project address the most pressing needs in the 5 domains of the Nurturing Care Framework?
- Does it respond to the priorities of other stakeholders and integrate coherently with other ongoing interventions in the area to ensure a comprehensive response to the multiple and evolving needs of children aged 0-12 and their caregivers?

Lessons learned

- Has the project had considered lessons from experience through the challenges and context of intervention?
- How did the project integrate feedback and lessons learned to improve the project's implementation?

Effectiveness

Results

Are we on track to meet the project objectives?

Are results monitored regularly, and have the necessary adjustments to the projects to achieve its objectives?

Efficiency:

Skills

- Do the project team and project partners have the necessary skills to implement the project based on Nurturing care framework?
- Are roles and responsibilities clearly defined among actors?

Optimisation

- To what extent are the project resources (human, logistical, financial, time) optimized
- To what extent have the resources available enabled the project to achieve its objectives?

Partnership:

Collaboration:

Does the project collaboratively develop operational partnerships that are thoughtful, relevant, and effective for the implementation of interventions to advance nurturing care and the uptake of the Nurturing Care Framework at the district and national levels?

Involvement:

How are the partners regularly informed and actively involved in reasoned and transparent decision-making processes regarding the orientations, implementation, achievement of objectives and success of the project in particular with regard to the Nurturing Care Framework?

How does the project strengthen the capacity of its partner as key actors within the ECD/nurturing care sector?

Evaluation methodology and organization of the mission

Collection methodology

The evaluation shall be conducted by an external evaluator. HI recommends the use of both qualitative and quantitative methods of data collection. Three categories of data collection methods are mainly recommended:

Field observation;

Combining documentary review with interviews with stakeholders and focus group discussions (FGDs) with beneficiaries, with a strong participatory approach. During the FGDs, attention will be paid to the representativeness based on age, gender and disabilities. The evaluator must attach the utmost importance to the document review and the interview with the project team to avoid reproducing what is already known as evaluation results;

Questionnaires to collect additional quantitative data;

The evaluator must propose his detailed methodology in its technical offer. The timetable should include HI's validation of the tools to be used. Please note that the evaluator must clarify in advance with all actors involved in the evaluation which information he/she is looking for hence the importance of communicating a plan of all scheduled meetings and their objectives.

Actors involved in the evaluation

Actor	Roles
Project staff (HI and partners)	The project team (including the Senior Project Manager, the Zone 1 and 2 project supervisors and the data base officer) will be responsible for the effective planning and implementation of the activity.
Shared services	Contribute to the evaluation organisation and respond to the evaluator questions

Steering committee	Composed of: Regional MEAL Manager, Senior Project Manager, project supervisors, NC Specialist and Log manager, ROE and HVP Gatagara representatives Roles: - Selection and validation of evaluator - Participate in the scoping meeting (methodology, expected results...) and validate the inception report (including data collection tools, and evaluation matrix) for the future steps. - Common understanding of the conclusions & recommendations expressed - Filling in the end-of-evaluation questionnaire - Provide feedback on the draft report and validate the final report - Participates and validates, with the teams, the action plan and follow-up of the recommendations
Project target Groups (representatives)	- Helping to reach the beneficiaries targeted by the evaluation - Providing the information during evaluation
Beneficiary representatives	- Providing the information during evaluation It is not about asking whether they are 'satisfied' with the intervention but rather to gather their views on evaluative questions.

Organization of the mission

The evaluation steering committee composition and role are described in section 3.2.

The evaluator shall keep open communication with the steering committee members on the progress and results of the evaluation completed.

Principles and values

Protection and Anti-Corruption Policy

<u>Code of Conduct</u>	<u>Protection of beneficiaries from sexual exploitation, abuse and harassment</u>	<u>Child Protection Policy</u>	<u>Anti-fraud and anti-corruption policy</u>
------------------------	---	--------------------------------	--

Ethical measures*

As part of each evaluation, HI is committed to upholding certain ethical measures. It is imperative that these measures are taken into account in the technical offer:

- **Guarantee the safety of participants, partners and teams:** the technical offer must specify the risk mitigation measures.
- **Ensuring a person/community-centred approach:** the technical offer must propose methods adapted to the needs of the target population (e.g. tools

- adapted for illiterate audiences / sign language / child-friendly materials, etc.).
- **Obtain the free and informed consent of the participants:** the technical proposal must explain how the evaluator will obtain the free and informed consent and/or assent of the **participants**.
- **Ensure the security of personal and sensitive data throughout the activity:** the technical offer must propose measures for the protection of personal data.

**These measures may be adapted during the completion of the inception report.*

Participation of stakeholders and populations

Different stakeholders are key actors in this mid-term evaluation. The evaluator shall consult the steering committee in the construction of data collection tools and involve all necessary actors as stipulated in section 3.2.

Others

Any incident encountered during the evaluation shall be directly reported to the HI focal point designated for this mid-term evaluation.

Expected deliverables and proposed schedule

Deliverables

The expected deliverables are:

- An inception report that includes a detailed evaluation methodology, evaluation matrix and a workplan (10 pages max)
- An initial oral presentation (in French) will be made solely to the HI team at the end of the field mission: the evaluator will present a progress report and the initial results and recommendations.
- A draft evaluation report will be sent to the HI team for proofreading and comments and then be shared at a steering committee meeting.
- The Final evaluation report that incorporates feedback (maximum 25 pages – excluding annexes) in the template given below. Reports could be either in French or in English.

Please note that the draft and final reports will be the exclusive property of HI. Any communication or publication related to the report document will be subject to prior agreement with HI.

<i>The final report should be integrated into the following template:</i>	<i>The quality of the final report will be reviewed by the Steering Committee of the evaluation using this checklist:</i>
 TS8_Template_Final_Report.docx	 TS7_Final_Report_Quality_Checklist.docx

End-of-Evaluation Questionnaire

An end-of-evaluation questionnaire will be given to the evaluator and must be completed by him/her, a member of the Steering Committee and the person in charge of the evaluation.

Evaluation dates and schedule

The Mid-term evaluation is expected to start in October 2024. The total evaluation period from inception until submission and acceptance the final report should not exceed December 31st, 2024. The total duration of the mission is estimated at 20 days spread over that period. This period includes:

- 3 days of mission preparation, including a briefing for the HI Rwanda team in Kigali at the start of the mission
- 12 days of data collection in the field
- 5 working days for report writing and presentation at different meetings and workshops.

It will be up to the evaluator to propose a detailed work plan, clearly showing the different phases of the mid-term evaluation: inception/preparation, data collection, analysis, completion.

Means

Expertise sought from the consultant(s)

The evaluation mission will be carried out by an external evaluator having the following skills and experience, duly referenced:

- a) Proven experience and expertise (minimum 3 years) in early childhood development /Nurturing care. Experience and expertise in at least one of the following areas (1) Functional rehabilitation (2) Inclusive Education (3) Protection will be an asset;
- b) Experience in evaluating early childhood development /Nurturing care projects (at least 2 similar projects) in Africa;
- c) Proven evaluation experience (minimum 4 projects) in East Africa Countries;
- d) Fluency in French or English and a good command of the other language.

Budget allocated to the evaluation

Expenses for international travels, data collectors, participants' perdiem and transport, accommodation and translation fees are included in the financial offer by the consultant. Other expenses such as project's team perdiem, accommodation are paid by HI. Payment will be released in two instalments:

30% upon signature of contract

70% upon submission of final validated report

By validation, we mean validation of the quality and under no circumstances of the appreciation of the project evaluated (based on the quality checklist attached, see above section 5).

Financial proposal should include:

- VAT 18% (Applicable for residents and company registered in Rwanda)
- WHT 15% (Non-resident in Rwanda)
- Health coverage cost
- Medical repatriation insurance cost (Applicable for non -Rwandan residents only)
- Civil insurance cost

The financial offer should specify cost per day of each contributor; a breakdown of intervention time per contributor and per phase; additional costs (additional services and documents); overall cost of the intervention including transport costs, logistical/meeting costs, translation costs, etc.

Available resources made available to the evaluation team

- HI vehicle for field transport (consultant, data collectors and HI team)
- HI staff for guidance
- Project documents: proposal, logical framework, mid-term evaluation, project review and reports, reporting template, HI quality framework, HI policies....

Submission of applications

Candidates should submit the following information within their application before **22th September 2024**

List of items to be included in the submission:

- 1- Methodological approach/work plan adopted for the service
- 2- Technical proposal to meet the requirements (not exceeding 10 pages)
- 3- Itinerary with Activities Timeframe
- 4- Detailed Financial Proposal (signed and stamped)
- 5- Consultant's CV(s) / Company profile
- 6- Evidence of the previous experience in similar consultancy or related work done (and reference letter, if any)
- 7- Documents proving the consultant's registration and any other documents certifying to the regularity of his/her activity
- 8- Proof of personal health/hospital insurance
- 9- Proof of medical repatriation insurance (Applicable for non-Rwandan resident only)
- 10- Identification documents (Passport/National ID)

The Proposal should be submitted to the following email: dao@rwanda.hi.org

Including the email subject” **Nurturing Care Mid term Evaluation**”.

Appendices

In order to self-assess the quality of the ToR, you can use the checklist below:

TS4.2_ToR_quality_checklist_VF.xlsx

Annex 1: Theory of change of the project (Rwanda)

Annex 2: HI policies

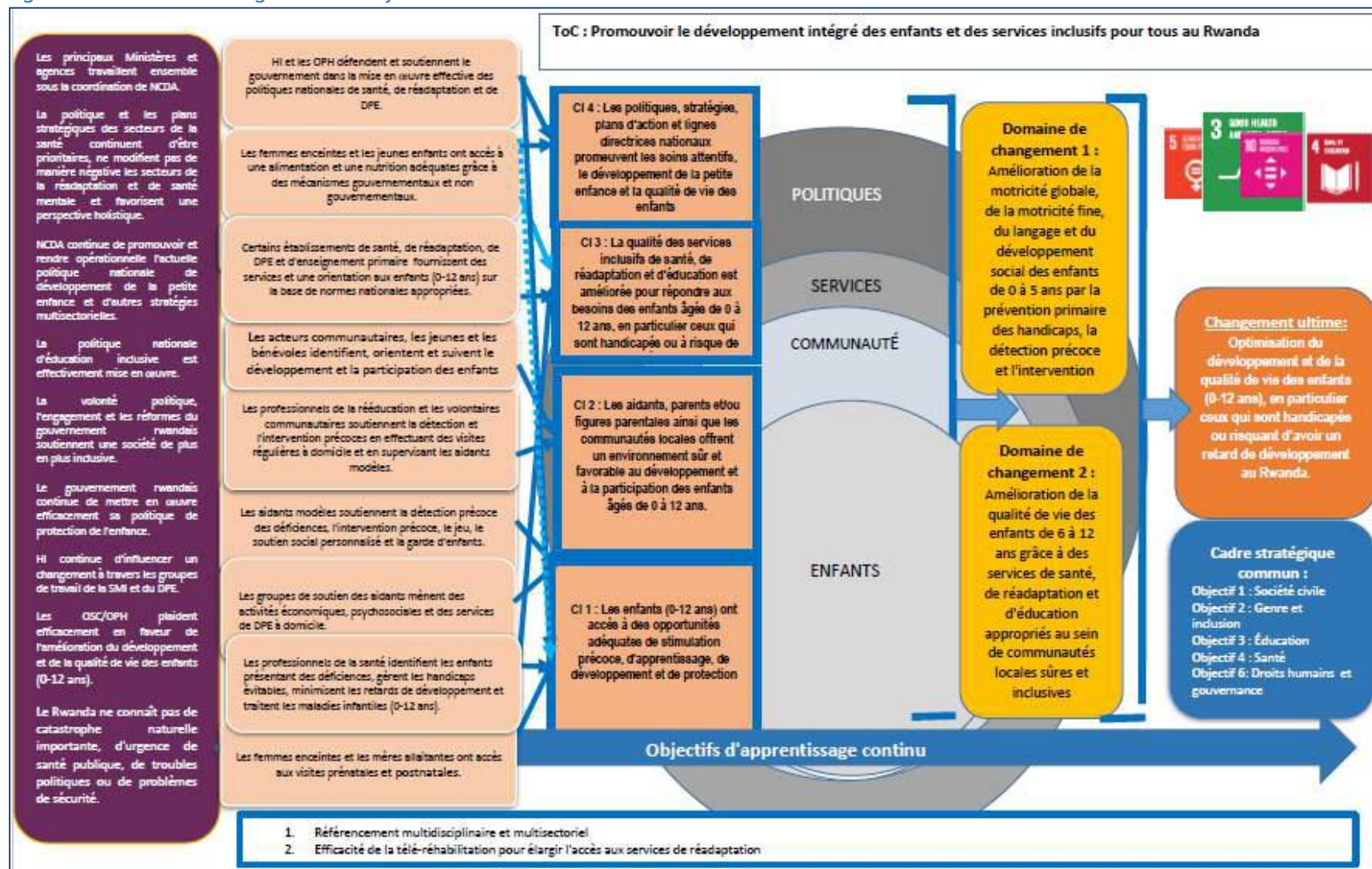
The DGA policy

Child Protection Policy

Annex 3: HI's quality framework

A.3 Théorie du changement

Figure 3. La théorie du changement du Projet Soins Attentifs



A.4 Matrice d'évaluation (en anglais)

Tableau 9. Matrice de l'évaluation à mi-parcours du Projet Soins Attentifs au Rwanda

Evaluation question and sub-question	Issues to consider	Stakeholders to be engaged	Sources, methods, tools
RELEVANCE (<i>Is the intervention doing the right things?</i>)			
<u>Needs</u>			
EQ 1: Does the project address the most pressing needs in the 5 domains of the Nurturing Care Framework?			
EQ 1.1: To what extent does the project respond to the needs of children, including those with disabilities and developmental delays in Rwanda?	- Evidence on met and unmet needs of children with disabilities and developmental delays - Identification of "pressing needs" in Rwanda in the five Nurturing Care domains	- HI project staff - Steering Committee - Institutional and operating partners - District level - Parents/beneficiaries	- Review of documentation on national policies and programmes - Project materials - Programmatic reporting, results framework - Primary data collection
EQ 2: Does it respond to the priorities of other stakeholders and integrate coherently with other ongoing interventions in the area to ensure a comprehensive response to the multiple and evolving needs of children aged 0-12 and their caregivers?			
EQ 2.1: To what extent is the Nurturing Care project aligned on national policies, frameworks, strategies and priorities regarding provision of inclusive services for children?	- Extent to which Nurturing Care project is aligned with the national policies and strategies related to ECD and disability, and sectoral policies in education, health, nutrition, child protection and social protection. - What role does HI play in supporting government programmes and systems?	- HI project staff - Steering Committee - Institutional and operating partners - District level	- Review of documentation on national policies - Project materials - Programmatic reporting, results framework - Primary data collection

Evaluation question and sub-question	Issues to consider	Stakeholders to be engaged	Sources, methods, tools
<u>Lessons learned</u>			
EQ 3: Has the project considered lessons from experience through the challenges and context of intervention?			
EQ 3.1: How has learning been incorporated into programme reporting mechanisms? What learning, if any, was documented?	Extent to which lessons learned are collected in regular reporting mechanisms.	- HI project staff - Steering committee - Institutional and operating partners	- Project materials - Programmatic reporting, results framework - Primary data collection
EQ 3.2 To what extent were contextual factors such as geography, gender, quality of services, stigma with regards to disability considered in the design and delivery of the interventions?	Extent to which the project was based on situation and risk analyses.	- HI project staff - Institutional and operating partners - Steering committee - District level - Parents/beneficiaries	- Review of documentation on national context - Project materials - Programmatic reporting, results framework - Primary data collection
EQ 4: How did the project integrate feedback and lessons learned to improve the project's implementation?			
EQ 4.1 What changes if any were made to the design, implementation or monitoring of Nurturing Care project activities?	- Extent to which lessons learned are transformed and applied. - Extent to which rights-holders were considered in participatory mechanisms.	- HI project staff - Institutional and operating partners - Steering committee - District level - Facility level - Parents/beneficiaries	- Review of documentation on national context - Project materials - Programmatic reporting, results framework - Primary data collection

Evaluation question and sub-question	Issues to consider	Stakeholders to be engaged	Sources, methods, tools
Effectiveness (<i>Is the intervention achieving its objectives?</i>)			
Results			
EQ 5: Are we on track to meet the project objectives?			
EQ 5.1: What changes, if any, have taken place in the target districts since the beginning of the project, in terms of improving the development and the quality of life of children ages 0-12 years, especially those who are disabled or at risk of developmental delay, and how did the project contribute?	- Consider the core hypotheses in the arrows pointing to desired objectives - Existing community-based services and sectoral initiatives integrate early learning and early stimulation - Consider key determinants of change from TOC, and factors that accelerated or undermined desired results at district levels (e.g. capacity building) - Extent to which varied actors understand the role HI plays in supported intended impacts	- HI project staff - Institutional and operating partners - Steering committee - District level - Facility level - Parents/beneficiaries	- Project materials - Programmatic reporting, results framework - Primary data collection
EQ 5.2: What targets and objectives are on their way to being met? What were the major factors influencing the achievement or non-achievement of the objectives?	- What contributing factors have influenced the implementation of key programme results? - What challenges have been faced during this time? How have they been addressed? - Rights-holders views on priorities for children's development	- HI staff - Operating partners - District level - Parents/beneficiaries	- Project materials - Programmatic reporting, results framework - Primary data collection

Evaluation question and sub-question	Issues to consider	Stakeholders to be engaged	Sources, methods, tools
EQ 6. Are results monitored regularly, and have the necessary adjustments been incorporate into the project to achieve its objectives?			
EQ 6.1: What monitoring mechanisms are in place and how effective are these?	Evidence of M&E mechanisms and their effectiveness	- HI staff - Operating partners - Steering committee - District level - Facility level	- Project materials - Programmatic reporting, results framework - Primary data collection
EQ 6.2: Is the collected data used to inform progress towards the stated Intermediate goals? At district level?	Extent to which collected data are reported and considered in planning activities.	- HI staff - Operating partners - Steering committee - District level	- Programmatic reporting, results framework - Primary data collection
EQ 6.3: Did changes resulting from lessons learned lead to improvements in project implementation?	Extent to which lessons learned changed outputs as expected.	- HI staff - Institutional partners - Operating partners - Steering committee - District level - Facility level	- Project materials - Programmatic reporting, results framework - Primary data collection
Efficiency (How well are resources being used?)			
<u>Skills</u>			
EQ 7: Do the project team and project partners have the necessary skills to implement the project based on Nurturing Care framework?			
EQ 7.1: To what capacity were project team and project partners' capacity strengthened to perform their activity?	- Relevance and effectiveness of staff and partner training on the Nurturing Care framework - To what extent has the capacity of sub-national administrators been strengthened?	- HI staff - Operating partners - District level - Facility level	- Project materials - Programmatic reporting, results framework - Primary data

Evaluation question and sub-question	Issues to consider	Stakeholders to be engaged	Sources, methods, tools
	How has parental behaviour changed with regard to seeing links across child protection, health education, protection and nutrition?		

EQ 8: Are roles and responsibilities clearly defined among actors?

EQ 8.1: To what extent are districts and national level actors working together to support the objectives of the Nurturing Care project?	Identification of roles and responsibilities in case management, referrals, and monitoring of cases	- HI staff - Institutional partners - Operating partners - District level - Facility level - Parents/beneficiaries	- Project materials - Programmatic reporting, results framework - Primary data
---	---	---	--

Optimisation

EQ 9: To what extent are the project resources (human, logistical, financial, time) optimised?

EQ 9.1: How could the efficiency of the integrated approach be improved?	Formative focus that allows light-touch, high-level consideration of budget and human resource allocation, as well as coordination	- HI staff - Steering committee - Operating partners - District level - Facility level	- Monitoring reports, results and cost data - Primary data
---	--	--	---

EQ 10: To what extent have the resources available enabled the project to achieve its stated intermediate changes?

EQ 10.1: To what extent has access, or lack thereof, to learning materials and services affected access to and	Extent to which the key activities identified in the TOC are achieved within the budget and timeline.	- HI staff - Operating partners - District level	- Project materials - Programmatic reporting, results framework - Primary data
---	---	--	--

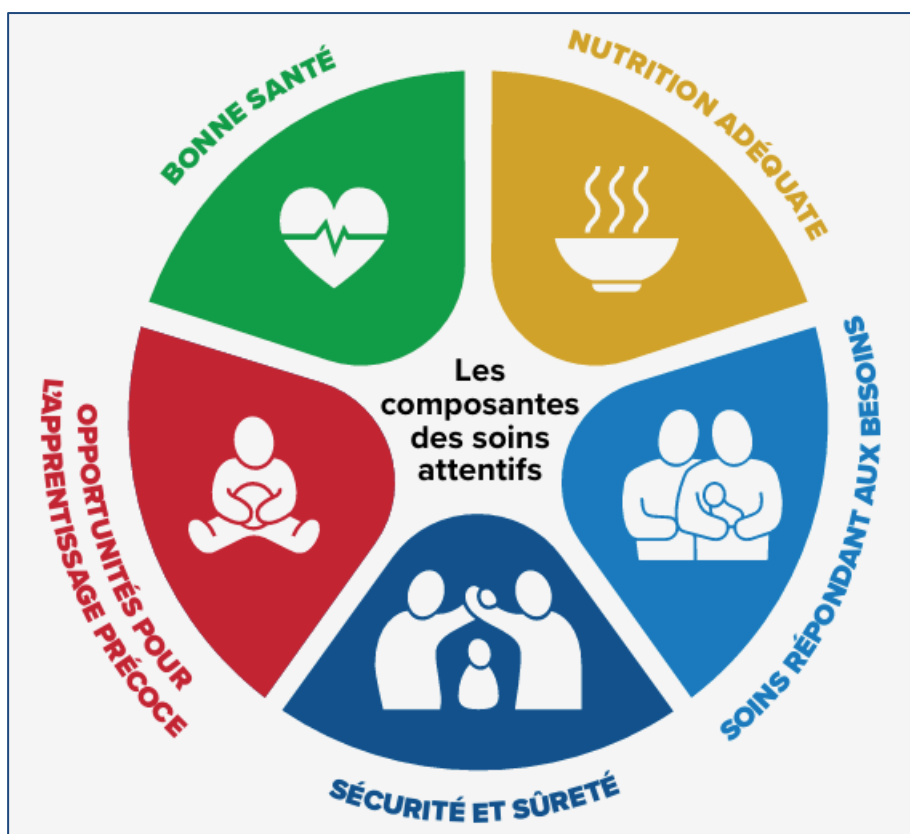
Evaluation question and sub-question	Issues to consider	Stakeholders to be engaged	Sources, methods, tools
utility of inclusive services?	Focus on key resources which enable or hinder achievement of objectives		
Partnership (How well are operational partners involved?)			
<u>Collaboration</u>			
EQ 11: Does the project collaboratively develop operational partnerships that advance nurturing care in the delivery of integrated services by partners and the uptake of the Nurturing Care framework at the district levels?			
EQ 11.1 To what extent is inclusive case management or cross-sectoral coordination converted into results for families and children?	- Which sectors are more likely to work together? - Extent to which parents feel like better advocates for their children	- HI staff - Institutional and operating partners - District level - Facility level - Parents/beneficiaries	- Project materials - Programmatic reporting, results framework - Primary data
<u>Involvement</u>			
EQ 12: How are the partners regularly informed and actively involved in reasoned and transparent decision-making processes regarding the orientations, implementation, achievement of objectives and success of the project in particular with regard to the Nurturing Care framework?			
EQ 12.1: How well does the Nurturing Care project incorporate learning and information sharing with its partners?	- Extent to which partners participated in the design and decision-making processes. - Focus on partner sector and associated level of responsibilities in project implementation.	- HI staff - Institutional and operating partners - District level - Facility level	- Project materials - Programmatic reporting, results framework - Primary data
EQ 13: How does the project strengthen the capacity of its partner as key actors within the ECD/nurturing care sector?			

Evaluation question and sub-question	Issues to consider	Stakeholders to be engaged	Sources, methods, tools
EQ 13.1: What aspects of the Nurturing Care project are most valued by partners in enhancing their capacities within the ECD/Nurturing Care sector?	• Extent to which the design focused attention on partnerships, such as institutional strengthening, capacity building, coordination mechanisms, etc. At national and district levels. • Extent to which implementation focused attention on partnerships • Extent to which the reporting and learning system assesses sustainability over time, offers recommended actions to strengthen sustainability, adapts over time, and similar	• HI staff • Steering committee • Institutional and operating partners • District level • Facility level	• Project materials • Programmatic reporting, results framework • Primary data

A.5 Le Cadre de Soins Attentifs

Les cinq composantes des soins attentifs sont résumées dans la figure suivante. Elles représentent l'ensemble des conditions qui assurent le développement optimum d'un jeune enfant depuis sa naissance. Pour une explication plus approfondie sur ce cadre qui est une référence internationale des acteurs de la petite enfance, se référer à la documentation source de la figure.

Figure 4. Les cinq composantes des soins attentifs



Source : OMS, UNICEF et la Banque mondiale (2018), Soins attentifs pour le développement de la petite enfance - Un cadre pour aider les enfants à suivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain, <https://nurturing-care.org/soins-attentifs-pour-le-developpement-de-la-petite-enfance>.

A.6 Le Projet Soins Attentifs au Rwanda

Tableau 10. Aperçu général du Projet⁵⁴

Caractéristique	Description
Titre du Projet	Promouvoir le développement intégré des enfants et des services inclusifs pour tous au Rwanda
Pays	Rwanda
Districts	Karongi, Gicumbi, Musanze et Muhanga
Sources des fonds / Bailleurs	Royaume de Belgique : Direction générale Coopération au développement et Aide Humanitaire (DGD) Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg : Ministère des Affaires étrangères et européennes, de la Défense, de la Coopération et du Commerce extérieur, Direction de la coopération au développement et de l'action humanitaire
Budget Total	2,069,925.52 EUR
Durée	janvier 2022 – décembre 2026
Cibles	<u>Groupes cibles</u> : 352 professionnels de 29 établissements de santé et de 3 hôpitaux/centres spécialisés ; 22 membres du personnel de 44 centres DPE ; 110 enseignants et 550 enfants des clubs de 22 écoles inclusives ; 1500 bénévoles actifs dans les visites postnatales ; 14 fabricants locaux de dispositifs d'assistance. <u>Bénéficiaires</u> : 5455 femmes enceintes ; 2188 mères lors des visites postnatales ; 5455 nouveau-nés ; 610 enfants présentant un risque de retard de développement ; 3300 enfants de 44 services de développement du jeune enfant ; 2200 personnes s'occupant du bien-être des enfants, 525 enfants handicapés et 18656 élèves de 22 écoles inclusives.
Partenaires opérationnels	Rwanda Organisation for Epilepsy (ROE), Home de la Vierge des Pauvres (HVP) Gatagara et 8 organisations de la société civile (OSC) dans les 4 districts.

⁵⁴ Information dans les TdR.

A.7 Liste des activités conçues dans le Projet Soins Attentifs au Rwanda

Tableau 11. Activités composantes du Projet (2022-2026)

Activités transversales (AT) liées à la mesure des résultats
AT 11. Organiser une formation de 5 jours pour 12 enquêteurs sur le « Malawi Developmental Assessment Tool » (MDAT) en 2022 et 2026 (la formation sera facilitée par le personnel formé par HI).
AT 3. Organiser une formation de 5 jours pour 12 enquêteurs sur ScoPeO Kids en 2022 et 2026 (la formation sera animée par le personnel formé par HI).
Résultat 1 (CI 1) : Les enfants (0-12 ans) ont accès à des possibilités adéquates de stimulation précoce, d'apprentissage, de développement et de protection.
A1.1. Organiser des sessions de sensibilisation auprès des femmes enceintes et des nouvelles mères sur l'importance des visites postnatales
A1.2. Appuyer les services postnataux dans les formations sanitaires (FOSA), y compris les services accessibles aux mères handicapées, identification des enfants handicapés et l'utilisation de la méthode Kangourou dans les Formations sanitaires
A1.3 Former les professionnels des établissements de santé sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant - PECIME (0 - 6 ans)
A1.4 Soutenir le développement de la réadaptation fonctionnelle au niveau des hôpitaux de district et des centres de santé et le référencement des enfants
A1.5 Appuyer la sensibilisation sur la protection et le référencement des enfants identifiés
Résultat 2 (CI 2) : Les aidants, parents et/ou figures parentales ainsi que la communauté locale offrent un environnement sûr et favorable au développement et à la participation des enfants âgés de 0 à 12 ans.
A2.1. Sélectionner et renforcer les ressources communautaires soutenant le développement et la participation des enfants (0-12).
A2.2. Organiser une formation des formateurs sélectionnés sur la Blue Box de HI et autres outils spécifiques de réadaptation à domicile (par ex "Apprendre à connaître l'infirmité motrice cérébrale (IMC)") pour les professionnels du DPE et de la réadaptation et les volontaires communautaires.
A2.3. Créer et/ou renforcer les groupes de soutien aux aidants parents et/ou figures parentales
A2.4 Fournir à 44 DPE (1 communautaire et 1 à domicile/secteur) des matériaux d'éducation de base, des kits de consommables et des équipements.
A2.5. Former et mener une supervision de soutien et des visites à domicile des prestataires de soins sur le paquet de développement de la petite enfance
A2.6. Soutenir techniquement et financièrement 44 groupes de soutien aux aidants pour les activités génératrices de revenus (opportunités économiques/cash based approach) et leur implication dans le DPE à domicile
A2.7. Fournir un soutien psychosocial individuel et collectif aux aidants d'enfants handicapés et atteints d'épilepsie, par le biais de groupes de soutien aux aidants existants ou développés (par le personnel de HI, le personnel formé des DPE et des centres de santé).

A2.8. Organiser des activités de partage d'expérience entre les aidants d'enfants handicapés (issus de différents groupes de soutien des aidants), les volontaires communautaires liés aux services DPE et les professionnels des services DPE sur les thèmes du développement de la petite enfance, du développement de la jeunesse et de la prévention des handicaps chez les enfants
Résultat 3 (CI 3) : La qualité des services inclusifs de santé, de réadaptation et d'éducation est améliorée pour répondre aux besoins des enfants âgés de 0 à 12 ans, en particulier ceux qui sont handicapés ou à risque de retard de développement.
A3.1. Organiser une formation du personnel de santé, d'éducation et de réadaptation à la protection de l'enfance/violence basée sur le genre (VBG), à l'identification et au référencement en toute sécurité des enfants ou des aidants (avec ou sans handicap) qui sont à risque/victimes de violences avec ou sans handicap.
A3.2. Aider 29 formations sanitaires-FOSA (centres/hôpitaux) à fournir des services de santé maternelle, néonatale et infantile conformément aux normes de qualité nationales du Ministère de la Santé. Sous-activités : Assurer la disponibilité des outils nationaux ; formation/orientation sur les normes nationales ; et supervision/visites sur site. (Santé mentale et soutien psychosocial).
A3.3. Former et assurer la supervision/le coaching des infirmiers en santé mentale et des travailleurs sociaux sur les services de santé mentale et de soutien psychosocial pour les femmes enceintes et leurs maris/partenaires. (Santé mentale et soutien psychosocial)
A3.4. Organiser la formation, le suivi et la supervision de 20 personnels médicaux en charge du suivi du nouveau-né et de l'enfant (sage-femme, unités pédiatriques, agents de santé primaire, agents communautaires, et un physiothérapeute...)
A3.5. Former un groupe de formateurs pour les professionnels de la réadaptation des hôpitaux/centres de réadaptation sur la gestion et les techniques spécifiques liées aux déficiences des nouveau-nés et des jeunes enfants (réadaptation)
A3.6. Soutenir 7 établissements de santé (4 hôpitaux et 3 centres de réadaptation) pour améliorer la gestion en utilisant le Rwanda Physical and Functional Rehabilitation Service Accreditation Standards", et les outils de qualité clinique et les normes nationales de réadaptation (réadaptation)
A3.7. Former des professionnels et quelques entreprises privées sélectionnées à la production d'aides techniques (y compris les systèmes d'assise et de positionnement, l'accès à des fauteuils roulants de qualité, la production d'orthèses, etc.) et fournir à certains services sélectionnés des équipements et des consommables. (réadaptation)
A3.8. Soutenir les centres de DPE sous l'égide de l'Agence nationale pour le développement de l'enfant (NCDA) / MIGEPROF et dans les écoles (sous l'égide du Ministère de l'éducation) et les centres de DPE communautaires et familiaux pour qu'ils deviennent plus inclusifs pour les enfants handicapés. (éducation)
A3.9. Fournir un soutien aux écoles primaires et centres de Santé pour développer un environnement sûr et inclusif pour tous les enfants
Résultat 4 (CI 4) : Les politiques, stratégies, plans d'action et lignes directrices nationaux promeuvent les soins attentifs, le développement de la petite enfance et la qualité de vie des enfants.
A4.1. Utiliser le système national de gestion de l'information sur le handicap (DMIS) pour soutenir la coopération multisectorielle et l'échange d'informations du niveau local au niveau national.

A4.2. Soutenir l'organisation de 3 événements annuels nationaux et locaux (journée de l'enfant africain, journée internationale de l'épilepsie, journée internationale des personnes handicapées,)
A4.3. Appuyer techniquement le Rwanda Biomedical Center (RBC) pour la finalisation, la mise en œuvre et le suivi du plan stratégique national pour la réadaptation.
A4.4. Appuyer le Ministère de la santé dans la promotion de la télé-réadaptation dans les FOSA.
A4.5. Soutenir le Rwanda Biomedical Center (RBC) pour organiser la réunion de coordination nationale de la santé mentale et de partage d'expérience une fois par semestre, en mettant l'accent sur l'épilepsie, la SMI et la santé mentale / soutien psychosocial, la réadaptation
A4.6. Organiser une réunion de conscientisation des autorités NCDA, REB et les hôpitaux sur la mise en place de la politique de protection de l'enfance dans les ECDs et écoles du pays pour un environnement sûr des enfants
A4.7. Appuyer les associations des professionnels (RSPO, RPTO, RWOTA, Rwanda association of Speech Therapist) dans l'inclusion des services de réadaptation fonctionnelle dans le paquet de services (services ECD et écoles primaires.)

Source : HI (2022). DGD 2022-2026 Cadre logique.

A.8 L'outil Blue Box

L'outil Blue Box est un élément phare pour donner un appui communautaire aux parents avec des enfants qui ont été identifiés avec un handicap ou à risque de retard de développement. La Blue Box est composée des éléments suivants :

- Du matériel de jeu pour guider le développement de l'enfant ;
- Un tableau reflétant les différents composantes des étapes de développement de l'enfant entre 3 mois et 5 ans (Figure 5) ;
- Cartes d'activités (un ensemble pour les 0-3 ans et un autre pour les 4-6 ans) organisés selon les domaines de développement (cognitif, communication, motricité fine et globale) – les activités sont adaptées pour les enfants avec un handicap ou difficulté fonctionnelle ;
- Un journal de développement qui indique une évaluation du niveau de développement de l'enfant selon les observations d'une personne formée sur l'outil.

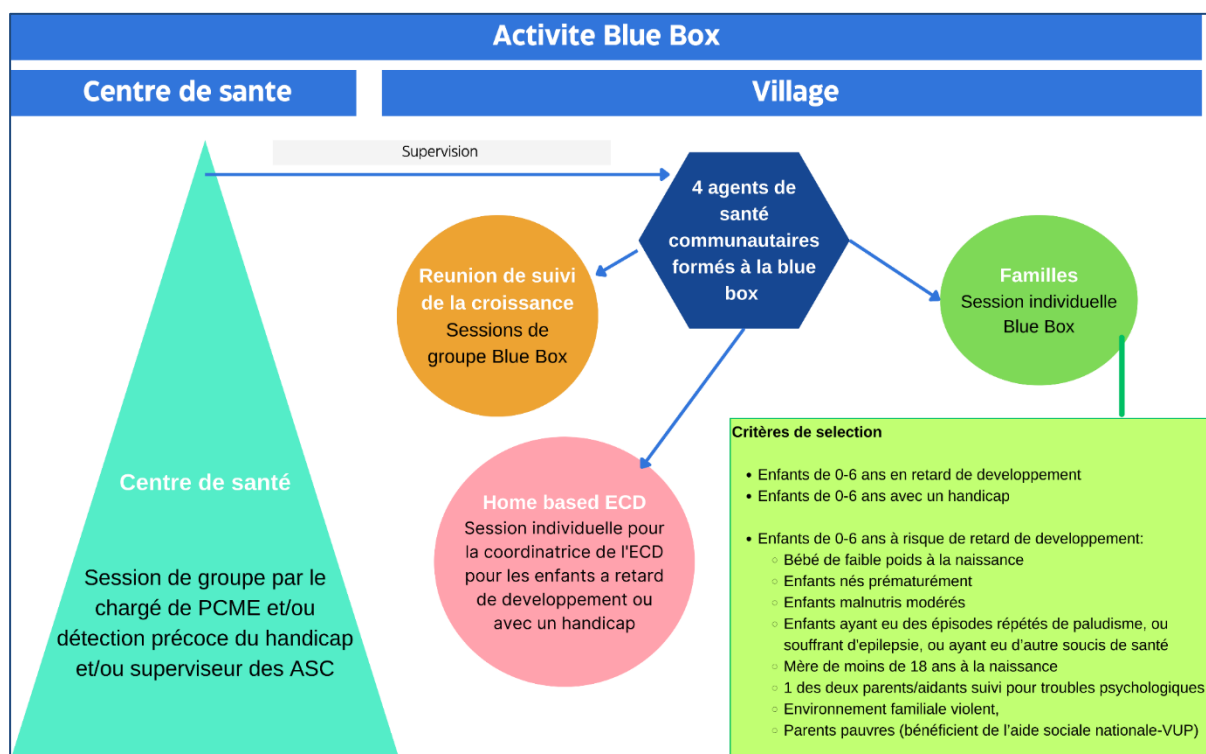
Figure 5. Outil pour résumer les étapes de développement de la petite enfance

THE DEVELOPMENT MILESTONES OF A CHILD						
	3 Months	6 Months	12 Months	24 Months	36 Months	5 Years
Gross motor	Rolls over	Sits with or without help	Stands with one hand held	Can walk with help and can stand on own	Can run	Can skip with side step
Fine motor	Reaches for nearby objects with full hand	Grasps objects with full hand	Can hold object with thumb and forefinger	Can build a simple tower	Can write simple letters	Draws a picture with a pencil and can copy simple shapes
Social abilities	Recognizes the mother and father	Responds to voice and touch	Can smile and play with others	Can play with other children	Plays cooperatively with other children	Plays in groups and can negotiate with others
Feeding	Reaches for food	Feeds himself with a spoon	Eats from a bowl	Can eat with a spoon	Eats simple meals	Eats a variety of foods
Vision	Looks at bright objects	Looks at things moving and follows objects	Is attracted to moving objects and follows them	Is curious and looks at objects closely	Can identify objects	Can recognize objects and place them in a container
Language	Cries and makes sounds	Repeats simple words	Repeats words and simple sentences	Names objects and people	Can tell stories and make simple sentences	Has a list of vocabulary and can tell stories and describe objects
Self Care	Spits out	Eats simple food	Drinks from a cup	Washes hands and face with a cloth	Cleans and dresses	Dresses with simple clothes

Source : Photo prise lors de la collecte de données.

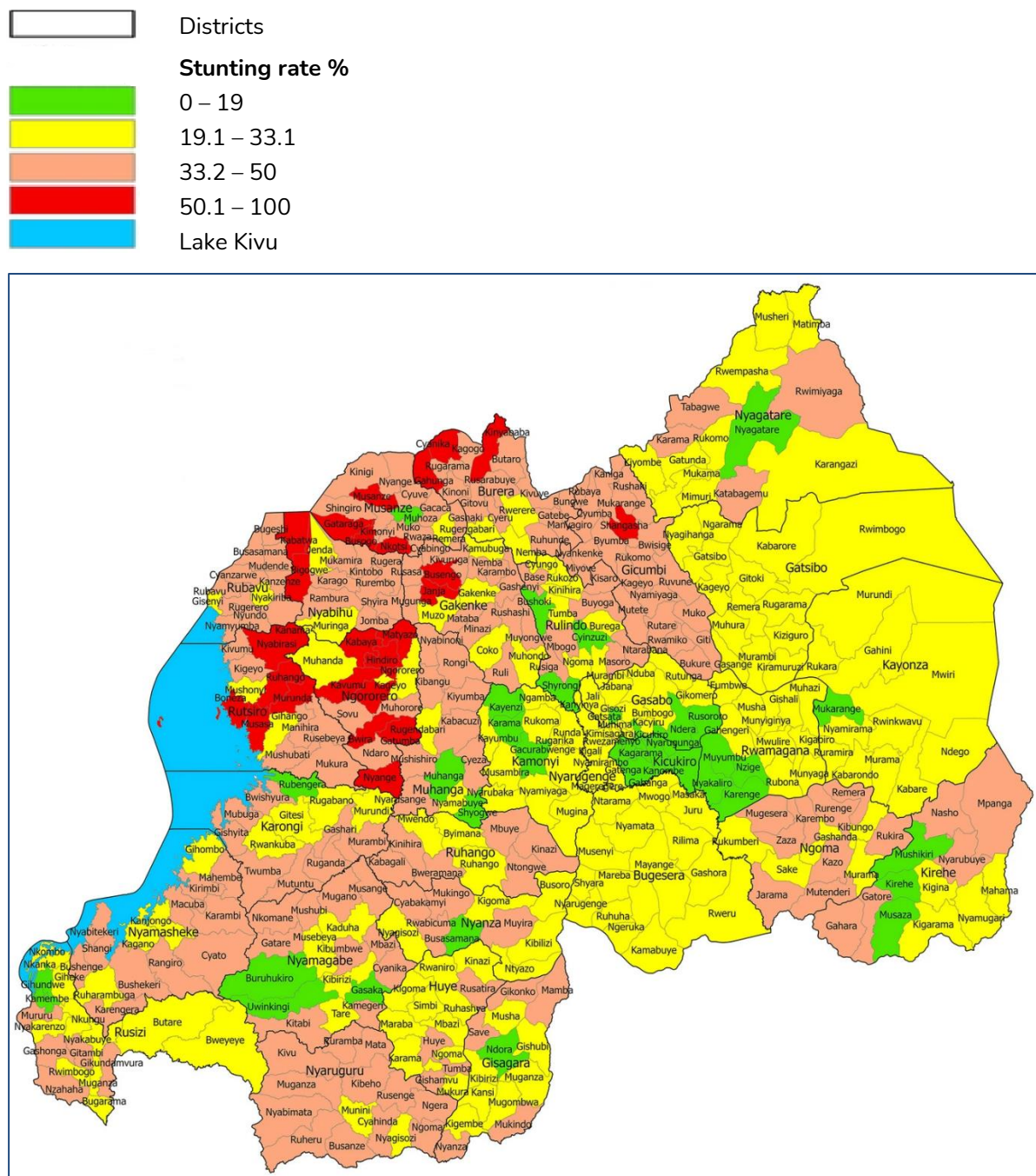
L'utilisation de la Blue Box est appliquée dans un processus du système de santé au Rwanda, où les personnes formées incluent des agents de santé communautaire (ASC) ainsi que du personnel hospitalier dans les services de réadaptation (Figure 6).

Figure 6. Description de l'activité Blue Box



A.9 Les taux de retards de croissance (« stunting ») par secteur, Rwanda

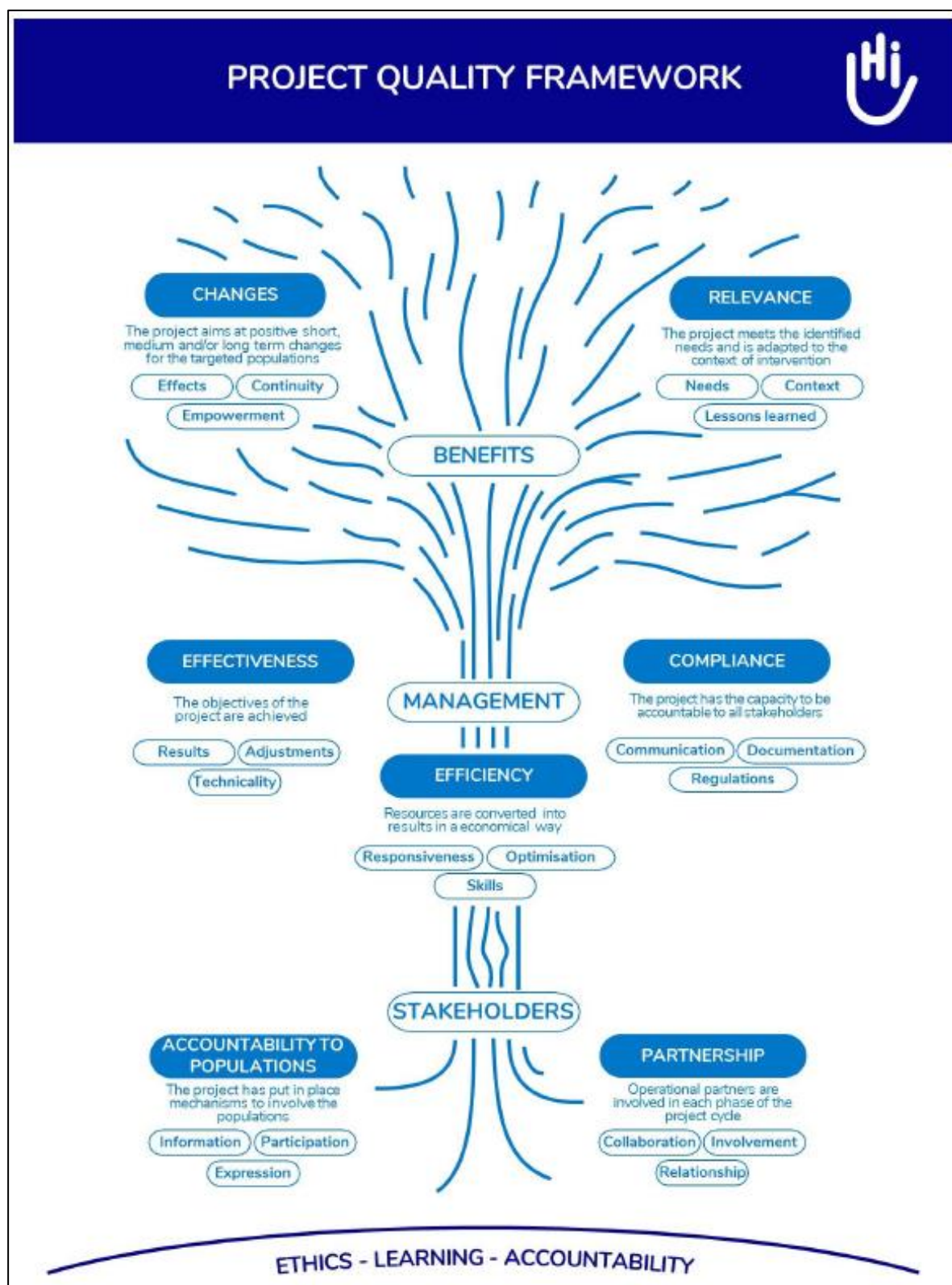
Figure 7. Estimation de la prévalence du retard de croissance de l'enfant au niveau des secteurs (estimation)



Source : Ngaruye et al. (2023).

A.10 Politique et cadre pour la qualité de Projets (HI)

Figure 8. Le cadre de qualité de HI (en anglais)



Source: HI (2022). Institutional Policies. Project Quality Policy. Innovation, Impact and Information Division. IP 6.

A.11 Document de consentement

Cette déclaration, validé par HI lors de la période de démarrage, a été incluse dans tous les questionnaires et a été lu au début de tous les entretiens menés dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours dans la langue des personnes ciblées (Kinyarwanda, anglais ou français). Un accord verbal a été considéré comme suffisant. Des versions imprimées étaient disponibles en kinyarwanda pour ceux qui le voulait.

Protocole de consentement [à lire à haute voix par l'énumérateur]

Introduction

Je m'appelle _____ et je fais partie de l'équipe d'évaluation engagée par Humanity & Inclusion (HI) Rwanda. HI nous a demandé de réaliser une évaluation à mi-parcours du Projet « Promouvoir le développement intégré de l'enfant et des services inclusifs pour tous », également connu sous le nom de Projet Nurturing Care, qui a été mis en œuvre depuis 2022 au Rwanda dans des sites sélectionnés dans les districts de Gicumbi, Karongi, Muhanga et Musanze.

L'objectif de l'évaluation à mi-parcours est de tirer les leçons de ce qui a fonctionné et de ce qui n'a pas fonctionné jusqu'à présent, et d'examiner ce que cela signifie pour le reste du Projet jusqu'en décembre 2026. L'idée est que cet évaluation permettra de tirer des leçons et de fournir des preuves pour tout changement à envisager dans la mise en œuvre.

As part of the evaluation, we are speaking with those who are stakeholders at national and local levels, including those directly engaged in the implementation of the Nurturing Care project as well as those beneficiaries reached by the project, whether directly or indirectly. In this regard, we are interested in hearing your insights in term of how the project has advanced towards its goal, and where it should focus attention to do better.

Dans le cadre de l'évaluation, nous nous entretenons avec les parties prenantes aux niveaux national et local, y compris les personnes directement impliquées dans la mise en œuvre du Projet « Soins Attentifs » ainsi que les bénéficiaires touchés par le Projet, que ce soit directement ou indirectement. À cet égard, nous aimerions connaître votre point de vue sur la manière dont le Projet a progressé vers ses objectifs et sur les points sur lesquels il devrait se concentrer pour faire mieux.

Consentement

Vous n'êtes pas obligé de participer à cette étude. Toutefois, nous vous serions très reconnaissants de nous faire part de vos réflexions. Si vous choisissez de ne pas répondre à ces questions, vous ne serez pas affecté de quelque manière que ce soit. S'il y a une question particulière à laquelle vous ne voulez pas répondre, nous pouvons l'ignorer. Même si vous acceptez de participer, vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment et nous dire que vous ne voulez pas continuer.

Confidentialité

Les informations que vous nous fournissez seront traitées de manière confidentielle. Nous n'enregistrerons votre nom nulle lors de la rédaction de l'étude. Toutes les réponses seront anonymes et ne seront communiquées à personne d'autre. J'aimerais enregistrer avec cette machine [la montrer à ce moment] notre entretien afin de m'assurer que toutes vos réponses sont correctement consignées. Les enregistrements resteront confidentiels, ne seront pas liés à votre nom ou à votre fonction et ne seront utilisés que pour la rédaction de l'entretien. Une fois la rédaction terminée, l'enregistrement sera effacé.

Risques et gênes

Nous n'anticipons aucun risque à votre participation. Toutefois, si vous avez des inquiétudes concernant la manière dont l'entretien a été mené, ou toute autre inquiétude concernant votre participation à cette étude, veuillez contacter Mme Colette Nirere de Humanity & Inclusion (HI) au +250 783073617 ou par email c.nirere@hi.org.

Demande de poursuivre l'entretien

Est-ce que nous pouvons continuer ? ____ - 1 Oui ____ - 2 Non

A.12 Instrument FGD et KI pour les parents (en anglais)

VERSION FINALE : 17 FÉVRIER 2025

Parent Instrument

Focus Group Discussion / Key Informant Interview

Mid-term evaluation of the Nurturing Care project in Rwanda (2022-2026)

Prepared by Anaïs Loizillon for HI Rwanda Country Office

	Information	Details
1	FGD Facilitator(s)	
2	District	_____ - 1 Karongi _____ - 2 Gicumbi _____ - 3 Musanze _____ - 4 Muhanga
3	Community	_____ [Write-in name]
4	Grouping	_____ - 1 Male parents/caregivers _____ - 2 Female parents/caregivers
5	Total number of participants	_____ Females _____ Males
6	Ages (pick up)	_____ Mostly young parents/caregivers (under 30 years old) _____ Mostly older parents/caregivers (over 30 years old) _____ A mixed group of ages
7	Date	
8	Length of Interview (minutes)	_____ start time _____ end time _____ total minutes
9	Co-operation	_____ - 1 high _____ - 2 medium _____ - 3 low

Section 0: Introductory Questions

[START BY ASKING INDIVIDUALLY AND PRIVATELY THE QUESTIONS FROM THE PARTICIPATION TABLE FOR EACH PERSON IN THE FGD – USE EXTRA SHEET TO FILL OUT. THIS CAN BE DONE WHILE WAITING TO BEGIN. USE THE NUMBER FOR THE PARENTS SO YOU CAN RECORD WHICH PARENT SAID WHAT DURING THE FGD. THE IDEA IS TO OBTAIN MULTIPLE ANSWERS – THERE IS NO NEED TO REACH A CONSENSUS.]

INTRODUCTION:

Since 2022, the HI Nurturing Care project works through local partners, both government and NGOs, so don't worry if you are not certain about the Nurturing Care project itself. We are interested in your involvement in the activities delivered by HI and its partners in the last three years. Some of these could include:

- Receiving training from community health workers or other professionals to provide stimulation and play-based activities for your children (Blue Box)
- Receiving training on themes related to the Nurturing Care (child protection, NCDA parental guidebooks, Baby Ubuntu), including to become model parents in your community
- Training on the causes of disabilities and specific care for children, such as the importance of play and good positioning
- Provide access and referrals to specific rehabilitation services if needed
- HI staff and health workers helping parents identify their child as having a developmental delay, special needs or functioning difficulties and providing case management and referral services to health facilities, ECD centres or primary schools
- Accompanying parents in psychosocial needs and well-being and teaching parents on child protection rights and non-violent communication and discipline
- Training social work supervisors, caseworkers, model parents in ECD centres and IZU ("friends of families") on inclusive case management (formerly personalised social support)

[Int: This question is the basis for all remaining questions. So get details from participants.]

If all children attend ECD Centre → Go to Section 1

If all children attend Primary School → Go to Section 2

If some children do not attend either → Go to Section 3

If there is a mix in the group → do all sections that are relevant.

Section 1: The Children in ECD

[ONLY IF CHILDREN ATTEND ECD CENTRE]

(Relevance EQ 1; EQ4.1; Effectiveness EQ 5; Efficiency EQ8; Partnership EQ 11)

We'd like to start by asking about how useful, or not, ECD centres for young children have been here in this community.

101) How long has your child been attending the ECD centre?

[Note answers from all the participants.] 2 YEARS

102) How did you come to learn that there was an ECD centre here? SOME PARENTS HAD WENT INTO TRAINGINS AAND WERE AWAIRE OF THE ECD S SO THEY TOALD AS.

[Probe: Ask about who they spoke with, who they heard from?]

103) Why did you decide to enrol your child/children in an ECD centre? I FOUND IT USEFUL ,COS BEFORE I USED TO MOVE AROUND

104) What barriers did you face in enrolling your children in the ECD centre, if any?

105) Please tell us a bit about what you think about the physical aspects of the ECD Centre. Tell us about the grounds, the space for children (classroom or area in the home), the toys, learning materials, books, and other materials. Does it meet your expectations for a good place for your child?

106) What about the main parent /ECD facilitator taking care of the children? Are you satisfied with the work they are doing with your child? J

106a) Please tell us a bit about your interaction with this person.

[Probe: Does she/he seem attentive to listening to you? Do you tell her/him the needs of your child? If so, how does she/he respond?]

107) If you had to identify one thing where the ECD centre was proving especially successful in teaching your child, what would it be?

107a) Why was this so successful?

107b) Was it successful for children who have developmental delays, special needs or functioning difficulties?

If YES → go to 108

If NO → go to 107c

107c) Consider what was not so successful for these children in the ECD centre, and what are the lessons learned?

108) What effects does attendance at an ECD Centre have on your child? Do you think it has been helpful with their development? If yes, please explain how with some examples.

[Probe: "Development" includes socio-emotional (how children act and play with others, how they express emotions); health; nutrition; protection (non-violent discipline); responsive caregiving]

109) For children who have developmental delays, special needs or functioning difficulties, how does their attendance at the ECD centre help you as a parent?

110) Sometimes, some children develop a bit more slowly than others, for whatever reason. Do you find that ECD centres offer an opportunity for these children to catch-up?

- 111) What is your overall satisfaction with the ECD centre, on a scale from 1 to 5, with 1 the lowest and 5 the highest?

[CONSENSUS IS NOT EXPECTED. PLEASE PROBE THOSE WHO DO NOT ANSWER WITH A GENTLE "And you? Would you like to share your overall satisfaction?"]

Go to Section 3.

Section 2: Children in Primary Schools

[ONLY IF CHILDREN WITH A DEVELOPMENTAL DELAY OR DISABILITY ATTEND PRIMARY SCHOOL]

(Relevance EQ 1; EQ4.1; Effectiveness EQ 5; Efficiency EQ8; Partnership EQ 11)

- 201) How long has your child been attending the primary school here in _____ [name of VILLAGE]?

[Note all the answers by participants.]

[Only ask 202 if a parent has identified having a child with a developmental delay or disability in primary school.]

- 202) Why did you decide to enrol your child/children in the primary school?

[Probe: Note this is targeting those parents who said their children have a developmental delay or a disability.]

- 202a) Ask about who they spoke with, who they heard from, and what led them to make the decision to enrol.

- 203) Please tell us a bit about what you think about the physical aspects of the primary school. Tell us about the grounds, the classroom, learning materials, books, and other materials. Does it meet your expectations?

- 204) What about your child's teacher? Please tell us a bit about your interaction with this person.

[Probe: Does she/he seem attentive to listening to you? Do you tell her/him the needs of your child? If so, how does she/he respond?]

- 205) If you had to identify one thing where the primary school was proving especially successful in teaching your child, what would it be?

- 205a) Why was this so successful?

- 205b) Consider what was not so successful for these children in the primary school, and what are the lessons learned?

- 206) What effects does attendance at the school have on your child? Do you think it has been helpful with their development? If yes, please explain how with some examples.

[Probe: "Development" includes socio-emotional (how children act and play with others, how they express emotions); health; nutrition; protection (non-violent discipline); responsive caregiving]

207) Sometimes, some children develop a bit more slowly than others, for whatever reason. Do you find that the primary school offers an opportunity for these children to catch-up?

208) Is there a Child's Club (Club protection) in your child's school?

☐Yes ☐No ☐Don't know

[If they don't know, probe by explaining what is a Child's Club: Peer group of children supervised by a dedicated school staff to help provide messages about risks and barriers to children's rights, including child safety and protection, gender-based violence, discrimination, etc.]

IF YES → go to 208a)

If NO → go to 209

208a) What would you regard as the main positive benefits of this school club, if any? What about for your child? Did it change anything in terms of her/his experience at school?

209) What is your overall satisfaction with the school, on a scale from 1 to 5, with 1 the lowest and 5 the highest?

[CONSENSUS IS NOT EXPECTED. PLEASE PROBE THOSE WHO DO NOT ANSWER WITH A GENTLE "And you? Would you like to share your overall satisfaction?"]

Go to Section 3.

Section 3: Home visits and case management

[For all parents FGD and KII]

(Relevance EQ 1; EQ4.1; Effectiveness EQ 5; Efficiency EQ8; Partnership EQ 11)

[We might have the case of mothers with newborns who are followed by the hospital, health system or community health workers.]

301) Did you receive the visit of an IZU or community health worker in your home?

IF YES → go to 301a)

If NO → go to 302

301a) Why did they visit you? What was the objective of the visit? Can you describe briefly what happened during the visit?

301b) When did the most recent last visit occur? How often in a one year did this happen? What do you think about the frequency? Would you like more visits, fewer visits, same number as now?

301c) Did you discuss any of the following topics?

[Read and note all responses mentioned "Yes".]

- ___ Handwashing and sanitation in the home (for example, before food preparation, before eating, before feeding infant, after toilet use)
- ___ Infant and young child feeding practices (e.g. exclusive breastfeeding, balanced diet)
- ___ Caring for children with sickness
- ___ Providing early stimulation for babies and young children at home
- ___ Explaining developmental stages to parents (e.g. walking, talking)
- ___ Explaining developmental delays, special needs or functioning difficulties to parents

Probe: Anything else you want to add?

Other [write-in] _____

302) Do you participate in a group with other mothers to help with your child's development (Ubuntu)?

If Yes → go to 302a)

If No → go to Section 4

302a) How often do you meet? What do you think about the frequency? Would you like to meet more often, less often, same as now?

302b) Did you receive any advice or instructions about creating a healthy learning environment for the child? Can you provide an example of what specifically you learned that you did not know beforehand?

302c) Did you receive any information on the importance of safety and hygiene for the child's development? Can you provide an example of what specifically you learned that you did not know beforehand?

302d) Did you receive any information on the importance of play for the child's early stimulation and learning? Can you provide an example of what specifically you learned that you did not know beforehand?

Go to Section 4.

Section 4: On support, training and partnerships in the community
--

[For all]

(Relevance EQ 1; EQ4.1; Effectiveness EQ 5; Efficiency EQ8; Partnership EQ 11)

READ: Our questions relate to what you think about how well the Nurturing Care project has been delivered here in _____ [say name of VILLAGE] since it started in 2022. When you think about the following questions, think about your personal experiences, and of those you know who might have children with a developmental delay, special needs or functioning difficulties. or a parent needing support.

401) With the Nurturing Care project, have you received any support in caring for your child?

[Probe: If they are hesitant or not sure what "support" means try to say guidance or assistance (not help) in helping with the child's development. And if still nothing after that, ask directly about Blue Box or Ubuntu or early stimulation and learning.]

If Yes → go to 401a)

If No → go to 402)

401a) Can you describe the type of support you received?

[There may be different types of support included here, so please list them all.]

401b) How would you describe your satisfaction with this support?

401c) If you had to identify one thing where the support was proving especially successful in your child's development, what would it be?

401d) Did you find that anything was missing with this support?

402) The Nurturing Care project also aims to train "lead parents" to support other parents. Have you participated in any training to help work with other parents (Ubuntu)?

If Yes → go to 402a)

If No → go to 403)

402a) Can you describe the type of training you received?

[Probe to get information on the type of training and who has led the training.]

402b) How would you describe your satisfaction with this training? What has been missing in the training?

[Probe: Too long, too short, too complicated, too simple.]

402c) After the training, do you think that you are able to help other parents in this community with their child's development?

- 402d) What about helping those parents with children with developmental delays, special needs or functioning difficulties? What has gone well? What has not gone well? What has been missing?
- 403) The Nurturing Care project aims to support parents, especially those who have children with developmental delays, special needs or functioning difficulties with better case management. Did you know that the IZU can provide specific case management?
- 404) Have you ever requested case management services from IZU or a community health worker?
[Case management refers to follow-up or paying attention to referrals of parents. It is voluntary and free for parents to get this support.]
If Yes → go to 404a)
If No → go to 405)
- 404a) How would you describe your satisfaction with this case management? Did it meet your needs or the needs of your child?
- 404b) If you had to identify one thing where the case management was proving especially successful in your child's development, what would it be?
- 404c) Did you find that anything was missing with this case management?
- 404d) Regarding case management of children with developmental delays, special needs or functioning difficulties, what has gone well? What has not gone well? What has been missing?
- 405) Have you been involved in any community meetings or discussions where the development of children was a topic of conversation?
If Yes → go to 405a)
If No → go to 406
- 405a) What was discussed?
- 405b) Were developmental delays, special needs or functional disabilities discussed?
- 405c) What actions, if any, were taken?

[The following questions are on community perceptions on childhood developmental delays and disabilities and maternal mental health: read two scenarios and ask the following questions.]

Read: I am now going to describe two situations which might or might not exist in this community. They are quite common across Rwanda.

The first case is about a child age 5 who has seizures that might be caused by epilepsy [e.g. can include loss of consciousness, jerking movements of arms and legs, staring, breathing problems.] The parents

do not know what to do with this child and think the child cannot attend school this way.

The second case is about a mother who has had a healthy baby 3 weeks ago, but the mother is not her usual self, seems overly worried or sad or scared but for no good reason. She does not laugh anymore or enjoy being with her friends and family.

406) Do you know any cases resembling these in your community or family?

If yes → go to 406a)

If no → go to 407)

406a) Can you describe how these cases have received support from health care workers or IZU or at the poste de santé or health care centre?

Skip 407. Go to 408.

407) If such cases did happen in this community, what would you suggest to help them? What services are available to support these cases? What is missing?

[Probe: Income-generating activities to help pay for transport; support from persons such as community health workers, IZU or ECD caretakers or in the health centre? Or rehabilitation services? Or nutrition services?]

408) The Nurturing Care project has focused attention on building partnerships across different government services (ECD centres, community health centres, hospitals) to improve service delivery for young children's development. Do you think that is the case here in this village?

[Examples include IZU working with young children, community health workers teaching about early stimulation, referrals are made to health services or ECD.]

[Only ask 409 if no men in the room.]

409) Historically, mothers are more involved in taking care of their children's development than fathers. What more can be done to get more fathers and other men involved in providing stimulation and early learning to the children?

Section 5: Early Evidence of Impact

[for all]

(Effectiveness EQ 5)

[READ]

The HI Nurturing Care project is meant to create a systematic change that means focusing on areas of partnerships that take time to be visible. But this doesn't mean that there might not be early evidence of where things are going well. With this in mind, please consider the following questions on how things might have changed, if at all. We are comparing the situation now with how it was about three years ago (before 2022).

- 501) Do you find that now you are able to provide a better environment in your home for your child to develop?
- 502) Are children receiving referrals to the appropriate health, nutrition or education services now?
- 503) Are children with developmental delays, special needs or functioning difficulties now being identified better in this community?
- 504) Are the cases of children who have been identified as having developmental delays, special needs or functioning difficulties now being monitored by regular home visits (or otherwise)?
- 505) Is this community better prepared to help families who need financial support to access services for their children with developmental delays, special needs or functioning difficulties?

Module 6: Closing

- 601) Do you have any closing comments or any additional ideas you would like to add?

As noted at the beginning, all your responses are confidential. Thank you for your time and contributions.

A.13 Instrument FGD et KI pour les structures (en anglais)

VERSION FINALE : 17 FÉVRIER 2025

Facility Level Instrument

Focus Group Discussion / Key Informant Interview

Mid-term evaluation of the Nurturing Care project in Rwanda (2022-2026)

Prepared by Anaïs Loizillon for HI Rwanda Country Office

	Information	Details
1	Facilitator(s)	
2	District (multiple can be selected only if HI staff)	_____ - 1 Karongi _____ - 2 Gicumbi _____ - 3 Musanze _____ - 4 Muhanga
3	PARTICIPANT PERSON 1	
	Full name (First, Last)	_____ [Write-in name]
	Title (Mr., Mrs., Ms., Dr., Rev., etc.)	
	Position	
	Organisation	
	Type of organisation (select AND write in name in space provided)	_____ - 1 Primary school _____ _____ - 2 ECD centre _____ _____ - 3 Health care worker _____ _____ - 4 IZU _____ _____ - 5 Community health worker _____ _____ - 6 Non-profit organisation (subnational/district office) _____ _____

		____ - 7 HI staff _____ ____ - 8 other (specify): _____
	Sector (primary, multiple possible)	____ - 1 Health/RBC or Ministry of Health ____ - 2 Early learning/education Ministry of Education ____ - 3 Nutrition/RBC or Ministry of Health ____ - 4 Social protection (i.e. supporting parents and families) ____ - 5 Child protection (i.e. supporting children)/ Ministry of Gender and Family Promotion ____ - 6 other (specify): _____
4	PARTICIPANT PERSON 2	
	Full name (First, Last)	_____ [Write-in name]
	Title (Mr., Mrs., Ms., Dr., Rev., etc.)	
	Position	
	Organisation	
	Type of organisation (select AND write in name in space provided)	____ - 1 Primary school _____ ____ - 2 ECD centre _____ ____ - 3 Health care worker _____ ____ - 4 IZU _____ ____ - 5 Community health worker _____ ____ - 6 Non-profit organisation (subnational/district office) _____ ____ - 7 HI staff _____ ____ - 8 other (specify): _____
	Sector (primary, multiple possible)	____ - 1 Health/RBC or Ministry of Health ____ - 2 Early learning/education Ministry of Education ____ - 3 Nutrition/RBC or Ministry of Health ____ - 4 Social protection (i.e. supporting parents and families)

		____ - 5 Child protection (i.e. supporting children)/ Ministry of Gender and Family Promotion ____ - 6 other (specify): _____ _____
5	PARTICIPANT PERSON 3	
	Full name (First, Last)	_____ [Write-in name]
	Title (Mr., Mrs., Ms., Dr., Rev., etc.)	
	Position	
	Organisation	
	Type of organisation (select AND write in name in space provided)	____ - 1 Primary school _____ ____ - 2 ECD centre _____ ____ - 3 Health care worker _____ ____ - 4 IZU _____ ____ - 5 Community health worker _____ ____ - 6 Non-profit organisation (subnational/district office) _____ ____ - 7 HI staff _____ ____ - 8 other (specify): _____ _____
	Sector (primary, multiple possible)	____ - 1 Health/RBC or Ministry of Health ____ - 2 Early learning/education Ministry of Education ____ - 3 Nutrition/RBC or Ministry of Health ____ - 4 Social protection (i.e. supporting parents and families) ____ - 5 Child protection (i.e. supporting children)/ Ministry of Gender and Family Promotion ____ - 6 other (specify): _____ _____
6	PARTICIPANT PERSON 4	
	Full name (First, Last)	_____ [Write-in name]
	Title (Mr., Mrs., Ms., Dr., Rev., etc.)	

	Position	
	Organisation	
	Type of organisation (select AND write in name in space provided)	____ - 1 Primary school ____ - 2 ECD centre ____ - 3 Health care worker ____ - 4 IZU ____ - 5 Community health worker ____ - 6 Non-profit organisation (subnational/district office) ____ - 7 HI staff ____ - 8 other (specify): ____
	Sector (primary, multiple possible)	____ - 1 Health/RBC or Ministry of Health ____ - 2 Early learning/education Ministry of Education ____ - 3 Nutrition/RBC or Ministry of Health ____ - 4 Social protection (i.e. supporting parents and families) ____ - 5 Child protection (i.e. supporting children)/ Ministry of Gender and Family Promotion ____ - 6 other (specify): ____
7	Total number of participants (if more than 4, please use Participant sheet)	____ Females ____ Males
8	Date	
9	Length of Interview (minutes)	____ start time ____ end time _____ total minutes
10	Co-operation	____ - 1 high ____ - 2 medium ____ - 3 low

Section 0: Introductory Questions

INTRODUCTION [read or summarised by enumerator]:

We are here today to discuss the HI Nurturing Care project. In case this name is not familiar, here is a bit of background information on the project and what it does. Nurturing Care project started in 2022 and works through local and district level partners, with government and

with NGOs, to strengthen the services brought to families and their young children, especially those with developmental delays, special needs or functioning difficulties. The Nurturing Care project seeks to improve the motor, language, cognitive and social development of children aged 0-6 and the quality of life of children aged 0-12, and to bring together the conditions to provide them with optimal development opportunities.

We are interested in the activities you might have been involved with in working with HI and its partners in the last two years. Some of these could include:

- Training community health workers to include Nurturing Care, especially advising parents stimulation and play-based activities for their children (Blue Box)
- Training parents and ECD caregivers on themes related to the Nurturing Care Framework (child protection, NCDA parental guidebooks, Baby Ubuntu)
- Helping parents identify their child as having a developmental delay, special needs or functioning difficulties and providing case management and referral services to health facilities, ECD centres or primary schools
- Training health care facilitators (specialised ICMI nurses), model parents and ECD caregivers on parent support programme “Baby Ubuntu”
- Training and supervising health care providers on E-MOC, mental health, rehabilitation specific intervention (pied bot)
- Accompanying parents in psychosocial needs and well-being and teaching parents on child protection rights and non-violent communication and discipline
- Training social work supervisors, caseworkers, model parents in ECD centres and IZU (“friends of families”) on inclusive case management (formerly personalised social support)
- Collecting data on inclusive education in primary schools
- IEC Tool production for health centres
- Training and sensitisation of teachers and head teachers (play pedagogy, inclusive education, resource room)....

10) Please tell us briefly about how you are involved with the provision of services to children ages 0-12 and their families and/or to persons with special needs or functioning difficulties in Rwanda. How long have you been in this position? And in this organisation more generally?

{For example, if they are a head of school, the questions would be targeted as such: Were they a teacher before this position? How long have they been head of school? And how long have they been head of school in this specific community?}

11) What about your specific involvement with the Nurturing Care project? This should be a brief overview as you will have time to get into the details with the other questions. [Get examples and information on involvement over time. List out their involvement below to use it to facilitate the discussion that follows.]

Section 1: RELEVANCE

[For all]

(Relevance EQ 1; EQ 2)

READ: Our first questions are around relevance, that is, how well does the Nurturing Care project design and implementation fit with the needs of children and families (rights-holders) in Rwanda and, more specifically, how these are aligned with the government sector and country needs.

- 101) When considering the Nurturing Care project's programming here in [use community name], how does it fit with the work you were already doing in the community for children ages 0 to 12, including those with special needs, functioning difficulties or developmental delays?
- 102) Thinking about the Nurturing Care project since 2022, how well did that serve the needs of rights-holders, including children themselves, here in [use district name]?
- 103) Are there any gaps that you can think of with regards to the needs of young children or their families in this district [use district name], especially for those with developmental delays, special needs or functioning difficulties?

KII For primary school head/teachers → go to Section 2

KII For Home-based ECD → go to Section 3

FGD For professional health care workers, community health care workers and IZU → go to Section 4

FGD For HI staff → go to Section 5

ALL INTERVIEWS THEN GO TO SECTION 6.

Section 2: PRIMARY SCHOOLS

[only for heads/teachers in Primary Schools]

(Relevance EQ 1; Effectiveness EQ 5; Efficiency EQ 7, EQ 8; Partnership EQ 11, EQ 12, EQ 13)

- 201) How long has there been a primary school here in _____ [say name of VILLAGE]?
- 202) In this school, about how many children have been identified as having a developmental delay or special needs or functioning difficulties?

If 1 or more → go to 202a

If none → go to 203

202a) How old are they? What are their developmental challenges?

[If in an inclusive school, obtain a general sense of the numbers of children with physical or cognitive/learning disabilities.]

- 203) With regards to the Nurturing Care project, what training or other capacity development support has been offered to you and your staff? What was the content of the training and capacity development?

[Get specifics on what was learned, the frequency and duration of the training sessions. Probe around the following themes if needed:

child protection, gender-based violence, identification of children with developmental delays, special needs or functioning difficulties.]

- 204) Before the training we just discussed, what other training had you received before then? Was the training of similar content and quality, or was it different? Who ran that training?

Read: The HI Nurturing Care project is meant to create a systematic change that means focusing on areas of partnerships across sectors that take time to be visible. But there could also be early evidence of where things are going well. With this in mind, please consider the following questions on how things might have changed, if at all in your work and in this community. We are comparing the situation now with how it was about three years ago (before 2022).

- 205) Now considering children in this school, including those with developmental delays, special needs or functioning difficulties, since the beginning of the Nurturing Care project in 2022, what has changed in your school environment? This can include the physical environment as well as any behaviour changes.

205a) What new responsibilities do you have because of this project since it began in 2022?

205b) Are there aspects of your job which you find easier to do now [since the project began in 2022]? Or are there aspects that do you still find challenging? Please provide some examples.

- 206) What effects does school attendance have on children with developmental delays or special needs or functioning difficulties? Do you think it has been helpful with their development? If yes, please explain how with some examples.

[Probe: "Development" includes socio-emotional (how children act and play with others, how they express emotions); health; nutrition; protection (non-violent discipline); responsive caregiving]

- 207) Sometimes, some children develop a bit more slowly than others, for whatever reason. Do you find that this primary school offers an opportunity for these children to catch-up?

- 208) What about the effects of the attendance of children with developmental delays, special needs or functioning difficulties on the teachers or on you? Do you think that the teachers' attitudes have become more positive, have not changed, or have worsened with their attendance? Please describe, and explain why you think it has changed.

- 209) What about with regard to the other children in the school? Do you think that their attitudes have become more positive, have not changed, or have worsened with the attendance of children with developmental delays, special needs or functioning difficulties? Please describe, and explain why you think it has changed.

- 210) Is there a Child's Club (Club protection) in this school?

☐Yes ☐No ☐Don't know

[If they don't know, probe by explaining what is a Child's Club: Peer group of children supervised by a dedicated school staff to help provide messages about risks and barriers to children's rights, including child safety and protection, gender-based violence, discrimination, etc.]

IF YES, → go to 210a.

If NO/DON'T KNOW → SKIP TO 211.

210a) What would you regard as the main positive benefits of this school club, if any?

210b) Has the Child's Club been involved in any activities in the context of the Nurturing Care project?

211) The Nurturing Care project has focused attention on a network of professionals like yourself across different government services – across ECD centres, schools, health centres, etc. – to improve services for young children in this community. In what ways has it done so here?

[Probe: What examples or experiences do you have working with professionals from other sectors?]

211a) What about for children with developmental delays, special needs or functioning difficulties? Does it work for them as well?

211b) What have been the limitations of working together to help the development of young children? And for those with developmental delays, special needs or functioning difficulties?

212) Before 2022, did HI or district representatives from your sector [e.g. education] consult with you in any way about the needs for this community during the design phase of the Nurturing Care project and its activities? If so, please describe.

212a) Since 2022, has HI or district representatives from your sector [e.g. education] consulted with you to see how things are progressing? Did they seek your advice? Do you think they listened to your ideas?

213) I would like to present some statements to you and ask you to 'strongly agree', 'somewhat agree', 'somewhat disagree', or 'strongly disagree' with the statement. If you do not know, just tell me that.

213a)	[Only ask if teacher and not director] I receive adequate support from my head teacher/school director.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say ☐ - 6 not applicable if director
213b)	Parents/caregivers recognise my contributions to their children's education.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree

		____ - 4 strongly disagree ____ - 5 do not know/cannot say
213c)	I have the classroom materials and space needed to do my job.	____ - 1 strongly agree ____ - 2 somewhat agree ____ - 3 somewhat disagree ____ - 4 strongly disagree ____ - 5 do not know/cannot say
213d)	I have the training and skills needed to be an effective teacher here.	____ - 1 strongly agree ____ - 2 somewhat agree ____ - 3 somewhat disagree ____ - 4 strongly disagree ____ - 5 do not know/cannot say
213e)	I have incorporated playful learning pedagogies in my work.	____ - 1 strongly agree ____ - 2 somewhat agree ____ - 3 somewhat disagree ____ - 4 strongly disagree ____ - 5 do not know/cannot say
213f)	I think that this school is doing a good job helping all children learn, including those with developmental delays, special needs or functioning difficulties.	____ - 1 strongly agree ____ - 2 somewhat agree ____ - 3 somewhat disagree ____ - 4 strongly disagree ____ - 5 do not know/cannot say
213g)	I am satisfied with my job.	____ - 1 strongly agree ____ - 2 somewhat agree ____ - 3 somewhat disagree ____ - 4 strongly disagree ____ - 5 do not know/cannot say

--> Go to Section 6.

Section 3: Home-based ECD centres/programmes

[Only for ECD facilitators]

(Relevance EQ 1; Effectiveness EQ 5; Efficiency EQ 7, EQ 8; Partnership EQ 11, EQ 12, EQ 13)

301) How long have you had this ECD centre here in _____ [name of VILLAGE]?

302) What barriers do parents face in enrolling children in this ECD centre, if any?

303) Do you care for any children whom have been identified as having a developmental delay, special needs or functioning difficulties?

IF YES, → go to 303a.

If NO → SKIP TO 304.

303a) How old are they? What are their developmental challenges?

304) With regards to the Nurturing Care project, what training or other capacity development support has been offered to you as a [Lead parent/ECD facilitator]? What was the content of the training and capacity development?

[Get specifics on what was learned, the frequency and duration of the training sessions. Probe around the following themes if needed: child protection, play-based learning, identification of children with developmental delays, special needs or functioning difficulties.]

305) Before the training we just discussed, what other training had you received before then? Was the training of similar content and quality, or was it different? Who ran that training?

Read: The HI Nurturing Care project is meant to create a systematic change that means focusing on areas of partnerships across sectors that take time to be visible. But there could also be early evidence of where things are going well. With this in mind, please consider the following questions on how things might have changed, if at all in your work and in this community. We are comparing the situation now with how it was about three years ago (before 2022).

306) Now considering children in your care, including those with developmental delays, special needs or functioning difficulties, since the beginning of the Nurturing Care project in 2022, what has changed in your home ECD environment? This can include the physical environment as well as any behaviour changes .

306a) What new responsibilities do you have because of this project since it began in 2022?

306b) Are there aspects of your job which you find easier to do now [since the project began in 2022]? Or are there aspects that do you still find challenging? Please provide some examples.

307) What effects does ECD attendance have on children with developmental delays, special needs or functioning difficulties? Do you think it has been helpful with their development? If yes, please explain how with some examples.

[Probe: "Development" includes socio-emotional (how children act and play with others, how they express emotions); health; nutrition; protection (non-violent discipline); responsive caregiving]

- 308) Sometimes, some children develop a bit more slowly than others, for whatever reason. Have you been able to identify these children? Do you find that the ECD centre offers an opportunity for these children to catch-up?
- 309) What about with regard to the other children in the ECD centre? Do you think that their attitudes have become more positive, have not changed, or have worsened with the attendance of children with developmental delays, special needs or functioning difficulties? Please describe, and explain why you think it has changed.
- 310) Do you work with any other partners? [Probe: NGOs, religious groups, RBC, other government sectors]
- Yes → go to 310)a
- No → Skip to question 311.
- 310a) Describe who they are and what activities you do together.
- [Probe: technical (i.e. training, mentoring, guidebooks), financial (learning materials, toys)]
- 310b) Have you found these associations and partnerships helpful? Challenging? [Probe asking for a description of a situation.]
- 311) The Nurturing Care project has focused attention on a network of professionals like yourself across different government services – across ECD centres, schools, health centres, etc. – to improve services for young children in this community. In what ways has it done so here?
- [Probe: What examples or experiences do you have working with professionals from other sectors?]
- 311a) What about for children with developmental delays, special needs or functioning difficulties? Is it the same for them?
- 311b) What have been the limitations of working together to help the development of young children? And for those with developmental delays, special needs or functioning difficulties?
- 312) Before 2022, in the design of the Nurturing Care project and its activities, have you been involved in any way? If so, please describe.
- 312a) Since 2022, has HI or district representatives from your sector [e.g. NCDA/education] consulted with you to see how things are progressing? Do they seek your advice? Do you think they listened to your ideas?
- 313) Do you collect data for this Nurturing Care project? Are monitoring and reporting requirements reasonable or burdensome? Please explain.
- 314) I would like to present some statements to you and ask you to ‘strongly agree’, ‘somewhat agree’, ‘somewhat disagree’, or ‘strongly disagree’ with the statement. If you do not know, just tell me that.

314a)	I receive adequate support from other parents and the community.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say
314b)	Parents/caregivers recognise the contributions I am making to their children's education.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say
314c)	I have the materials and space needed to do my job.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say
314d)	I have the training and skills needed to be an effective caregiver.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say
314e)	I think that this home-based ECD centre is doing a good job helping all children learn, including those with developmental delays, special needs or functioning difficulties.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say
314f)	I am satisfied with my job.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say

--> Go to Section 6.

Section 4: Health care workers

[Only for professional health care workers, Community health workers, IZU]

(Relevance EQ 1; Effectiveness EQ 5; Efficiency EQ 7, EQ 8; Partnership EQ 11, EQ 12, EQ 13)

- 401) Do you care for any children whom have been identified as having a developmental delay, special needs or functioning difficulties?

401a) How old are they? What are their developmental challenges?

If IZU and Community health workers → go to 402.

If professional health workers in health centre → go to 405.

402) Approximately how many households are there in the area you cover?

403) Approximately how many children under 5 are there in the area you cover?

404) As part of your job, do you visit mothers with newborns in their home?

[For all]

405) What activities have you carried out in your area in the last month for children aged 0 to 12 years?

[Note all responses mentioned.]

___ Assessed children for their development status

___ Treated sick children

___ Referred children with possible developmental delays, special needs or functioning difficulties to individual support services (for example, rehabilitation and adaptive services)

___ Received referrals from other services for children with possible developmental delays, special needs or functioning difficulties

___ Promoted Nurturing Care practices – including early stimulation – to parents

___ Conducted home visits of pregnant mothers or mothers with newborns

406) Thinking of the cases you have had recently [last year or so], have you had follow-up meetings with the family or service providers? If yes, can you describe some examples of whether the referrals were successful? If not, what were the challenges described by the families?

407) When meeting with families during individual or group consultations, do you cover any of the following topics?

[Read and note all responses mentioned "Yes".]

___ Handwashing and sanitation in the home (for example, before food preparation, before eating, before feeding infant, after toilet use)

___ Infant and young child feeding practices

___ Caring for children with sickness

___ Providing early stimulation for babies and young children at home

___ Explaining developmental stages to parents

___ Explaining developmental delays, special needs or functioning difficulties to parents

Probe: Anything else you want to add?

Other [write-in] _____

- 408) Of those children who have been identified as having a developmental delay, special needs or functioning difficulties, are their cases now being monitored by regular home visits (or otherwise)?

If Yes → Ask "Is the follow-up by you?"

If Yes again (respondent conducts home visits) → go to 408a) to get details of case management.

If "Don't know" or say No → Skip directly to 409.

408a) Can you describe what happens during these home management visits? What advice or instructions do you tend to give? What about on early stimulation? Or safety and security? On nurturing care more generally?

408b) How often do you visit the same home?

408c) How do you decide who to visit?

408d) How often in a one year do you visit the same family?

408e) Would you like to do more visits, fewer visits, same number as now?

- 409) With regards to the Nurturing Care project, what training or other capacity development support has been offered to you? What was the content of the training and capacity development?

[Get specifics on what was learned. Probe around the following themes if needed: child protection, play-based learning, identification of children with developmental delays, special needs or functioning difficulties.]

409a) What was the frequency and duration of the training sessions?

- 410) Before the training we just discussed, what other training had you received before then? Was the training of similar content and quality, or was it different? Who ran that training?

Read: The HI Nurturing Care project is meant to create a systematic change that means focusing on areas of partnerships that take time

to be visible. But there could also be early evidence of where things are going well. With this in mind, please consider the following questions on how things might have changed, if at all in your work and in this community. We are comparing the situation now with how it was about three years ago (before 2022).

- 411) Now considering children and families in your care, including those with developmental delays, special needs or functioning difficulties, since the beginning of the Nurturing Care project in 2022, what has changed in your work? This can include the physical environment as well as any behaviour changes.

411a) What new responsibilities do you have because of this project since it began in 2022?

Are there aspects of your job which you find easier to do now [since the project began in 2022]? Or are there aspects that do you still find challenging? Please provide some examples.

- 412) Do you work with any other partners? [Probe: NGOs, religious groups, Ministry of education, or other government sectors]

Yes → go to 412)a

No → Skip to 413.

412a) Describe who they are and what activities you do together.

[Probe: technical (i.e. training, mentoring, guidebooks), financial (learning materials, toys)]

412b) Have you found these associations and partnerships helpful? Challenging? [Probe asking for a description of an example.]

- 413) The Nurturing Care project has focused attention on a network of professionals like yourself across different government services – across ECD centres, schools, health centres, etc. – to improve services for young children in this community. Has that happened here?

[Probe: What examples or experiences do you have working with professionals from other sectors?]

413a) What about for children with developmental delays, special needs or functioning difficulties? Are these partnerships similar for them?

413b) What have been the limitations of working together to help the development of young children? And for those with developmental delays, special needs or functioning difficulties?

- 414) Before 2022, did HI or district representatives from your sector [e.g. health] consult with you in any way about the needs for this community during the design phase of the Nurturing Care project and its activities? If so, please describe.

414a) Since 2022, has HI or district representatives from your sector [e.g. education] consulted with you to see how things are progressing? Did they seek your advice? Do you think they listened to your ideas?

415) Do you collect data for this Nurturing Care project? Are monitoring and reporting requirements reasonable or burdensome? Please explain.

416) I would like to present some statements to you and ask you to ‘strongly agree’, ‘somewhat agree’, ‘somewhat disagree’, or ‘strongly disagree’ with the statement. If you do not know, just tell me that.

416a)	I receive adequate support from other parents and the community.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say
416b)	Parents/caregivers recognise the contributions I am making to their children’s development.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say
416c)	I have the materials and space needed to do my job.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say
416d)	I have the training and skills needed to be effective in my work.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say
416e)	I think that the health care centre is doing a good job helping all children develop well, including those with developmental delays, special needs or functioning difficulties.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say
416f)	I am satisfied with my job.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say

--> Go to Section 6.

Section 5: HI Staff

(Relevance EQ 1, EQ 2, EQ 3, EQ 4; Effectiveness EQ 5, EQ 6; Efficiency EQ8, EQ 9, EQ 10;
Partnership EQ 11, EQ 12, EQ 13)

- 501) Approximately how many households are there in the area you cover?
- 502) Approximately how many children under 5 are there in the area you cover?
- 503) As part of your job, do you work with new mothers in their home? Since what year?
- 504) Can you tell us a bit [briefly] about the quality of the services for young children (0- age 6) in the communities in which you work? What do you think works well and what do you think can be improved? What about for those with developmental delays, special needs or functioning difficulties?
- 505) Over the years, even before the Nurturing Care project started, have you found any specific challenges to doing your work in these communities? What types of problems have you have experienced or observed?
- 506) With regards to the Nurturing Care project, what training or other capacity development support has you received? What was the content of the training and capacity development?
[Get specifics on what was learned, the frequency and duration of the training sessions. Probe around the following themes if needed: child protection, play-based learning, identification of children with developmental delays, special needs or functioning difficulties.]
- 507) Before the training we just discussed, what other training had you received before then to do your job? Was the training of similar content and quality, or was it different? Who ran that training?

Read: The HI Nurturing Care project is meant to create a systematic change that means focusing on areas of partnerships that take time to be visible. But there could also be early evidence of where things are going well. With this in mind, please consider the following questions on how things might have changed, if at all in your work and in this community. We are comparing the situation now with how it was about three years ago (before 2022).

- 507) In the implementation of the Nurturing Care project, what have you found has worked well? Do you think it “fits” with the other work being done in these communities? How so?
- 508) What have you found has worked less well?

508a) Can you think of some factors which have affected the success of the implementation?
These can be material, logistics, staffing or other challenges.

Read: This next set of questions focuses on lessons learned during the project's implementation. As the field workers, you might have a sense of specific examples that help to illustrate these issues. Please describe these examples as you fit.

509) In the design of the Nurturing Care project and its activities, were you been involved in any way? If so, please describe.

510) What about in its implementation? Have you consulted with district representatives to see how things are progressing? Have HI senior staff asked you for your advice? Do you think they listened to your ideas?

511) Are there aspects of your job which you find easier to do now [since the project began in 2022]? Or are there aspects that do you still find challenging? Please provide some examples.

512) Are there aspects of your job where you feel you still need more training and support to implement the Nurturing Care framework? Please describe.

[The Nurturing Care framework refers to 5 areas: Good health; Adequate nutrition; Security and Safety; Opportunities for Early Learning; Responsive caregiving]

513) Do you collect data for this Nurturing Care project? Are monitoring and reporting requirements reasonable or burdensome? Please explain.

514) I would like to present some statements to you and ask you to 'strongly agree', 'somewhat agree', 'somewhat disagree', or 'strongly disagree' with the statement. If you do not know, just tell me that.

514a)	I receive adequate support from my project supervisor [Ask only if not project supervisors.]	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say
514b)	Parents/caregivers recognise the contributions I am making to their children's development.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree ☐ - 4 strongly disagree ☐ - 5 do not know/cannot say
514c)	I have the materials and other resources (logistics, finances) I need to do my job.	☐ - 1 strongly agree ☐ - 2 somewhat agree ☐ - 3 somewhat disagree

		____ - 4 strongly disagree ____ - 5 do not know/cannot say
514d)	I have the training and skills I need to be effective in my work.	____ - 1 strongly agree ____ - 2 somewhat agree ____ - 3 somewhat disagree ____ - 4 strongly disagree ____ - 5 do not know/cannot say
514e)	I think that the Nurturing Care project is doing a good job helping all children thrive, including those with developmental delays, special needs or functioning difficulties.	____ - 1 strongly agree ____ - 2 somewhat agree ____ - 3 somewhat disagree ____ - 4 strongly disagree ____ - 5 do not know/cannot say
514f)	I am satisfied with my job.	____ - 1 strongly agree ____ - 2 somewhat agree ____ - 3 somewhat disagree ____ - 4 strongly disagree ____ - 5 do not know/cannot say

--> Go to Section 6.

Module 6: Closing

601) If you could make one or two changes or additions to the Nurturing Care project, what would they be?

[This might have already been discussed in previous answers. Do not repeat if that is the case. If uncertain, please repeat question.]

602) Do you have any closing comments or any additional ideas you would like to add?

As noted at the beginning, all your responses are confidential. Thank you for your time and contributions.

A.14 Instrument FGD et KI pour le niveau District

VERSION FINALE : 17 février 2025

District Level Instrument

Focus Group Discussion / Key Informant Interview

Mid-term evaluation of the Nurturing Care project in Rwanda (2022-2026)

Prepared by Anaïs Loizillon for HI Rwanda Country Office

	Information	Details
1	Facilitator(s)	
2	District	_____ - 1 Karongi _____ - 2 Gicumbi _____ - 3 Musanze _____ - 4 Muhanga
3	PARTICIPANT PERSON 1	
	Full name (First, Last)	_____ [Write-in name]
	Title (Mr., Mrs., Ms., Dr., Rev., etc.)	
	Position	
	Organisation	
	Type of organisation (select AND write in name in space provided)	_____ - 1 government (national level) _____ _____ - 2 government (district level) _____ _____ - 3 non-profit organisation (national office) _____ _____ - 4 non-profit organisation (subnational/district office) _____ _____ - 5 other (specify): _____
	Sector (primary, multiple possible)	_____ - 1 Health

		____ - 2 Early learning/education ____ - 3 Nutrition ____ - 4 Social protection (i.e. supporting parents and families) ____ - 5 Child protection (i.e. supporting children) ____ - 6 other (specify): _____ _____
4	PARTICIPANT PERSON 2	
	Full name (First, Last)	_____ [Write-in name]
	Title (Mr., Mrs., Ms., Dr., Rev., etc.)	
	Position	
	Organisation	
	Type of organisation (select AND write in name in space provided)	____ - 1 government (national level) _____ ____ - 2 government (district level) _____ ____ - 3 non-profit organisation (national office) _____ ____ - 4 non-profit organisation (subnational/district office) _____ ____ - 5 other (specify): _____ _____
	Sector (primary, multiple possible)	____ - 1 Health ____ - 2 Early learning/education ____ - 3 Nutrition ____ - 4 Social protection (i.e. supporting parents and families) ____ - 5 Child protection (i.e. supporting children) ____ - 6 other (specify): _____ _____
5	PARTICIPANT PERSON 3	
	Full name (First, Last)	_____ [Write-in name]
	Title (Mr., Mrs., Ms., Dr., Rev., etc.)	
	Position	

	Organisation	
	Type of organisation (select AND write in name in space provided)	_____ - 1 government (national level) _____ _____ - 2 government (district level) _____ _____ - 3 non-profit organisation (national office) _____ _____ - 4 non-profit organisation (subnational/district office) _____ _____ - 5 other (specify): _____
	Sector (primary, multiple possible)	_____ - 1 Health _____ - 2 Early learning/education _____ - 3 Nutrition _____ - 4 Social protection (i.e. supporting parents and families) _____ - 5 Child protection (i.e. supporting children) _____ - 6 other (specify): _____ _____
6	PARTICIPANT PERSON 4	
	Full name (First, Last)	_____ [Write-in name]
	Title (Mr., Mrs., Ms., Dr., Rev., etc.)	
	Position	
	Organisation	
	Type of organisation (select AND write in name in space provided)	_____ - 1 government (national level) _____ _____ - 2 government (district level) _____ _____ - 3 non-profit organisation (national office) _____ _____ - 4 non-profit organisation (subnational/district office) _____ _____ - 5 other (specify): _____
	Sector (primary, multiple possible)	_____ - 1 Health

		____ - 2 Early learning/education ____ - 3 Nutrition ____ - 4 Social protection (i.e. supporting parents and families) ____ - 5 Child protection (i.e. supporting children) ____ - 6 other (specify): _____ _____
7	Total number of participants (if more than 4, please use Participant sheet)	_____ Females _____ Males
8	Date	
9	Length of Interview (minutes)	____ start time ____ end time _____ total minutes
10	Co-operation	____ - 1 high ____ - 2 medium ____ - 3 low

Section 0: Introductory Questions

INTRODUCTION [read or summarised by enumerator]:

We are here today to discuss the HI Nurturing Care project. In case this name is not familiar, here is a bit of background information on the project and what it does. Nurturing Care project started in 2022 and works through local and district level partners, with government and with NGOs, to strengthen the services brought to families and their young children, especially those with developmental delays and disabilities. The Nurturing Care project seeks to improve the motor, language, cognitive and social development of children aged 0-6 and the quality of life of children aged 0-12, and to bring together the conditions to provide them with optimal development opportunities.

We are interested in the activities you might have been involved with in working with HI and its partners in the last three years. Some of these could include:

- Training community health workers to include Nurturing Care, especially advising parents stimulation and play-based activities for their children (Blue Box)
- Training parents and ECD caregivers on themes related to the Nurturing Care Framework (child protection, NCDA parental guidebooks, Baby Ubuntu)
- Helping parents identify their child as having a developmental delay or disability and providing case management and referral services to health facilities, ECD centres or primary schools
- Training health care facilitators (specialised ICMI nurses), model parents and ECD caregivers on parent support programme “Baby Ubuntu”
- Training and supervising health care providers on E-MOC, mental health, rehabilitation specific intervention (pied bot)
- Accompanying parents in psychosocial needs and well-being and teaching parents on child protection rights and non-violent communication and discipline

- Training social work supervisors, caseworkers, model parents in ECD centres and IZU (“friends of families”) on inclusive case management (formerly personalised social support)
- Collecting data on inclusive education in primary schools
- IEC Tool production for health centres
- Training and sensitisation of teachers and head teachers (play pedagogy, inclusive education, resource room).....

10) Please tell us briefly about how you are involved with the provision of services to children ages 0-12 and their families and/or to persons with disabilities in Rwanda. How long have you been in this position? And in this organisation more generally?

11) What about your involvement with the Nurturing Care project? [Get examples and information on involvement over time. List out their involvement below to use it to facilitate the discussion that follows.]

Section 1: RELEVANCE

[For all]

(Relevance EQ 1; EQ 2; EQ 3; EQ 4)

READ: Our first questions are around relevance, that is, how well does the Nurturing Care project design and implementation fit with the needs of children and families (rights-holders) in Rwanda and, more specifically, how these are aligned with sectoral and country needs.

101) When considering the project’s programming here in [use district name], how did you find that it is aligned with your district policies, frameworks, strategies and priorities related to children ages 0 to 12, including those with disabilities or developmental delays?

[Probe with names of District Development Plans (DDPs) and the NCDA (National Child Development Agency) Operational Plan.]

101a) How does the Nurturing Care project fit into the health and nutrition sector policies (including maternal and child health) which support the good (holistic) development for all children?

101b) How well does the Nurturing Care project fit into the ECD/early learning policies sector policies (including maternal and child health) which support the good (holistic) development for all children?

101c) How well does the Nurturing Care project fit into policies with regards to child protection?

101d) How well does the Nurturing Care project fit into policies with regards to social protection?

101e) Are there any gaps that you can think of with regards to the needs of children or their families in this district [use district name]?

102) During the design of the Nurturing Care project, was anyone from your organisation involved?
Yourself?

Yes → go to 102)a

No → Skip to next question 103.

102a) What was your role and contribution? [If someone else is named, ask to get name and phone and email information.]

102b) In the design of the Nurturing Care project, what was done to involve parents/caregivers of young children?

103) Thinking about the Nurturing Care project since 2022, how well does it serve the needs of rights-holders, including children themselves, here in [use district name]?

104) Sometimes programmes are designed and developed to take into account lessons learned during implementation. Do you think that this has been the case for the Nurturing Care project?

[Continue to next section if no learning has been noted.]

104a) If so, can you explain how this learning occurs? What has happened as a result of this learning ? Has it led to specific changes since implementation began in 2022? If so, please provide details, or specific examples.

104b) Do you think these lessons have been incorporated into future programming?

Section 2: EFFECTIVENESS

[For all]

(Effectiveness EQ 5 ; EQ 6; Efficiency EQ 7; Partnership EQ 13)

READ: Consider the evaluation criteria 'effectiveness', which focuses on the Project delivering against outputs and outcomes, and the results arising.

201) Here in [use district name], how well did the Nurturing Care project perform in terms of improving the quality of services provided in health, education, nutrition and protection for children ages 0-12, especially those with developmental delays or disabilities?

201a) How has the project promoted Nurturing Care among the district's sectoral actors in health, education and child protection?

202) How well did the project components perform in terms of meeting the needs of the children and families reached?

202a) Which aspects of the project did well in terms of delivering for the needs of children and families?

[If needed, probe using the list of activities mentioned in the beginning of the interview, or using examples from the list in the Introduction.]

- 203) How well did the Nurturing Care project do in terms of delivering what was expected and needed in terms of training for the district's staff working with children and families?
- 204) Did the Nurturing Care project improve staff capacity in your organisation [depending on the interview, this could be in hospitals, health centres, primary schools or ECD centres] to deliver integrated nurturing care for the needs of children in this district? Please describe.
- 204a) Which aspects of training did you find were particularly effective for your organisation?
- 204b) What strengths and challenges can you identify with regards to the training delivery? Consider also the possible contribution of mentoring, follow-up and coaching support. Consider the contribution of any teaching materials, such as guidebooks and similar.
- 205) What do you think about leadership around Early Childhood Development, is there clear leadership in this district or at national level to make progress on the nurturing care aspect of ECD? Are there clear champions for Nurturing Care in the political arena, in community development, in civil society, etc?
- 206) Please describe the core monitoring system used for tracking the implementation of the Nurturing Care project.
- 206a) Are monitoring and reporting requirements reasonable or burdensome? Please explain.
- 206b) Do they support efficient implementation?
- 206c) Please describe how monitoring data are used by your office.
- 207d) Do you have examples in this district of how monitoring data provided you with useful and timely information to prevent and/or respond to problems?

Section 3: EFFECTIVENESS and PARTNERSHIPS

[For all]

(Effectiveness EQ 5; EQ 6; Partnerships EQ 11)

- 301) Nurturing care, like ECD, is not specific to the programming of any one sector, but rather provides the strongest results when those sectors have operational partnerships to improve child health, nutrition, and well-being. Here in [use district name], how well has the Nurturing Care project performed in terms of ensuring that these various components are included in service delivery for families and children?
- 301a) Can you provide some examples of what has changed in your organisation [meaning Ministry, NGO, etc.] since 2022 in light of this project?

- 302) What about in the targeted communities? In what ways has the Nurturing Care project focused attention on building partnerships across different government services to advance the quality of life for young children in Rwanda?

[Probe: Across ECD centres, schools, health centres, etc. What examples or experiences do you have of the professionals from health or education or protection working together?]

- 302a) What about for children with disabilities or developmental delays? Is it the same for them?
- 303) How would you rate the effectiveness of the Nurturing Care project in terms of systems strengthening: 'very effective', 'somewhat effective', 'not very effective', or 'not at all effective'? Please explain.
- 303a) How have case management and referral systems changed with the Nurturing Care project?
- 303b) What have been the challenges of working with other organisations to help the development of young children? What about when working with children with disabilities or developmental delays?

Section 4: Civil society partners

[For operational partners only – NGOS, CSOs, OPHs]

(Relevance EQ 3; Efficiency EQ 8; Partnership EQ 11; EQ 13)

- 401) Consider the activities which the Nurturing Care project has implemented in this district. To what extent do you think that it took into consideration the specific context here [name district] for the delivery of services and interventions.
- [Probe: Think about the effect of geography and access to services; gender issues; quality of existing services; stigma with regards to disability...]
- 402) As a member of civil society, how has HI defined your role in the Nurturing Care project?
- 403) Your role in the Nurturing Care project is important to understand in terms of how partnerships can have lasting effects into the future. We want to present a series of statements to you and ask you to agree or disagree with them and indicate why you agree or disagree.
- 403a) The project has allowed us to think past the 'day to day' needs of the target population and trying to work in preventative services to achieve Nurturing Care objectives.
- 403b) The Nurturing Care framework has not had much following among families and it is difficult to obtain or keep their interest in Nurturing Care.
- 403c) Our organisation is able to work well with all government services for families and children.

- 403d) Some sectors are working better than others in providing integrated case management and referral services.
- 403e) Some aspects of Nurturing Care make sense, and others less for this district.
- 403f) With more substantive engagement and resources by the government here in the district, Nurturing Care objectives can be sustained into the future.

Section 5: EFFICIENCY

[For all]

(Efficiency EQ 7 EQ 8; EQ 9, EQ 10; Partnership EQ 11)

READ: Consider the evaluation criteria 'efficiency', which considers the extent to which the Nurturing Care programming delivered against its objectives in terms of the competent allocation of human resources and budgets, and cost effectiveness.

- 401) Consider the efficiency of the implementation of activities of the Nurturing Care project and how well have they worked over the past two years in the following areas for your organisation and district:
 - 401a) How would you assess the efficiency of operational procedures (i.e. who does what?) for the Nurturing Care project? Sufficient? Insufficient? Are roles and responsibilities clearly defined among actors? Describe any gaps.
 - 401b) What about the level of human resources at the district level? Are there sufficient people on board to support project implementation in all services? Describe any gaps.
 - 401d) What about the logistics for implementation? Do you think they were optimised to achieve the project's desired results? Describe any gaps.
- 402) From your point of view, please describe any other efficiencies and inefficiencies and where there is room for improvement. Consider things that we might not have already discussed, such as staffing/hiring procedures, equipment/procurement and similar. Please give examples.
- 403) What about cross-sectoral performance, how well did the government partners work together to implement the Nurturing Care project activities?
 - 403a) Can you describe any examples of strong coordination among partners to achieve results? What about examples where coordination across sectors worked less well?
 - 403b) Have the project's efforts to foster collaboration and coordination at the operational level within the various sectors (i.e., health, education, nutrition, child protection, social protection) yielded positive impacts? If so, please describe.
- 404) How would you describe your work with national level actors in the Nurturing Care Project (not including HI staff)? Was there frequent interaction? Any specific directives? What roles were assigned between national and district level staff within your organisation?

- 405) Since 2022, during the first two years of implementation, did the project experience any delays in implementation? What were the factors that caused these delays? Were you able to resolve these problems?
- 406) The Nurturing Care project is meant to create a systematic change to promote the integrated development of children and inclusive services for all in Rwanda. This means focusing on areas that take time to create change at both strategic and operational levels. With this in mind, please consider whether there is early evidence of results.
- 406a) Can you give specific examples of how the Nurturing Care project has helped in making service delivery for families and children be more inclusive – that is, more responsive to family needs, promoting nurturing care, supporting families to develop a favourable environment for their child’s development?
- 406b) Has it devoted attention to ensuring that ‘no one is left behind’, and populations that are more likely to be excluded?

Module 5: LEARNING and PARTNERSHIPS

[For all]

(Effectiveness EQ 6; Partnership EQ 12 and EQ 13)

READ: The HI Nurturing Care project intends to have a learning component whereby its partner organisations are regularly informed and involved in various aspects. Let us consider those here.

- 501) Since 2022, have you received any information or analysis regarding lessons learned during the delivery of services? If so, has this changed the way you implement the project? If yes, please describe.
- 504) Did the Nurturing Care programming proceed in a manner that was likely to secure increased government commitment to improving the quality of life for young children (ages 0-12), including those with developmental delays or disabilities? Please describe.

Module 6: CONCLUDING STATEMENT

[For all]

- 601) Do you have any closing comments or any additional ideas you would like to add?

As noted at the beginning, all your responses are confidential. Thank you for your time and contributions.

A.15 Instrument KII pour le niveau national

VERSION FINALE : 12 février 2025

National Level Instrument**Key Informant Interview****Mid-term evaluation of the Nurturing Care project in
Rwanda (2022-2026)**

Prepared by Anaïs Loizillon for HI Rwanda Country Office

	Information	Details
1	FGD Facilitator(s)	
2	Level	_____ - 1 National _____ - 2 Provincial _____ - 3 District _____ - 4 Other _____
3	PARTICIPANT PERSON 1	
	Full name (First, Last)	_____ [Write-in name]
	Title (Mr., Mrs., Ms., Dr., Rev., etc.)	
	Position	
	Organisation	
	Type of organisation (select AND write in name in space provided)	_____ - 1 government (national level) _____ _____ - 2 government (district level) _____ _____ - 3 non-profit organisation (national office) _____ _____ - 4 non-profit organisation (subnational/district office) _____ _____ - 5 other (specify): _____
4	PARTICIPANT PERSON 2	
	Full name (First, Last)	_____ [Write-in name]

	Title (Mr., Mrs., Ms., Dr., Rev., etc.)	
	Position	
	Organisation	
	Type of organisation (select AND write in name in space provided)	_____ - 1 government (national level) _____ _____ - 2 government (district level) _____ _____ - 3 non-profit organisation (national office) _____ _____ - 4 non-profit organisation (subnational/district office) _____ _____ - 5 other (specify): _____
5	PARTICIPANT PERSON 3	
	Full name (First, Last)	_____ [Write-in name]
	Title (Mr., Mrs., Ms., Dr., Rev., etc.)	
	Position (title)	
	Organisation	
	Type of organisation (select AND write in name in space provided)	_____ - 1 government (national level) _____ _____ - 2 government (district level) _____ _____ - 3 non-profit organisation (national office) _____ _____ - 4 non-profit organisation (subnational/district office) _____ _____ - 5 other (specify): _____
6	PARTICIPANT PERSON 4	
	Full name (First, Last)	_____ [Write-in name]
	Title (Mr., Mrs., Ms., Dr., Rev., etc.)	

	Position	
	Organisation	
	Type of organisation (select AND write in name in space provided)	____ - 1 government (national level) ____ ____ - 2 government (district level) ____ ____ - 3 non-profit organisation (national office) ____ ____ - 4 non-profit organisation (subnational/district office) ____ ____ - 5 other (specify): ____
7	Total number of participants (if more than 4, please use Participant sheet)	____ Females ____ Males
8	Date	
9	Length of Interview (minutes)	____ start time ____ end time _____ total minutes
10	Co-operation	____ - 1 high ____ - 2 medium ____ - 3 low

Section 0: Introductory Questions

INTRODUCTION [read or summarised by enumerator]:

We are here today to discuss the HI Nurturing Care project. In case this name is not familiar, here is a bit of background information on the project and what it does. Nurturing Care project started in 2022 and works through local and district level partners, with government and with NGOs, to strengthen the services brought to families and their young children, especially those with developmental delays and disabilities. The Nurturing Care project seeks to improve the motor, language, cognitive and social development of children aged 0-6 and the quality of life of children aged 0-12, and to bring together the conditions to provide them with optimal development opportunities.

We are interested in the activities you might have been involved with or informed about on the Nurturing Care project in the last two years. Some of these could include:

- Training community health workers to include Nurturing Care, especially advising parents stimulation and play-based activities for their children (Blue Box)
- Training parents and ECD caregivers on themes related to the Nurturing Care Framework (child protection, NCDA parental guidebooks, Baby Ubuntu)

- Helping parents identify their child as having a developmental delay or disability and providing case management and referral services to health facilities, ECD centres or primary schools
- Training health care facilitators (specialised ICMI nurses), model parents and ECD caregivers on parent support programme “Baby Ubuntu”
- Training and supervising health care providers on E-MOC, mental health, rehabilitation specific intervention (pied bot)
- Accompanying parents in psychosocial needs and well-being and teaching parents on child protection rights and non-violent communication and discipline
- Training social work supervisors, caseworkers, model parents in ECD centres and IZU (“friends of families”) on inclusive case management (formerly personalised social support)
- Collecting data on inclusive education in primary schools
- IEC Tool production for health centres
- Training and sensitisation of teachers and head teachers (play pedagogy, inclusive education, resource room).....

10) Please tell us briefly about how you are involved with the provision of services to children ages 0-12 and their families and/or to persons with disabilities in Rwanda. How long have you been in this position? And in this organisation more generally?

11) Please tell us about any specific involvement with the Nurturing Care project in Rwanda.

[This question is the basis for all remaining questions. So get details from participants.]

Section 1: RELEVANCE

[For senior level HI staff and institutional and operational partners]

(Relevance EQ 1; EQ 2)

READ: Our first questions are around relevance, that is, how well does the Nurturing Care project design and implementation fit with the needs of children and families (rights-holders) in Rwanda and, more specifically, how these are aligned with sectoral and country needs.

101) How well aligned is the Nurturing Care project with Rwanda’s development vision as expressed through the Sustainable Development Goals, Vision 2050, the National Strategy for Transformation (NST2) and Rwanda Early Learning and Development Standards).

102) When considering the project’s programming, how did you find that it is aligned with national and district policies, frameworks, strategies and priorities related to children ages 0 to 12, including those with disabilities or developmental delays?

[Probe with names of Sector Strategic Plans, district development plans, and the NCDA (National Child Development Agency) Operational Plan.]

- 102a) How does the Nurturing Care project fit into inclusive policies in the health and nutrition sectors (including maternal and child health)?
- 102b) How well does the Nurturing Care project fit into inclusive policies in the early learning/education sector?
- 102c) How well does the Nurturing Care project fit into inclusive policies with regards to child protection?
- 102d) How well does the Nurturing Care project fit into inclusive policies with regards to social protection?
- 102e) Are there gaps that you can think of with regards to the needs of children or their families?
- 103) During the design of the Nurturing Care project, was anyone from your organisation involved? Yourself?
- Yes → go to 103)a
- No → Skip to next question 104.
- 103a) What was your role and contribution? [If someone else is named, ask to get name and phone and email information.]
- 103b) In the design of the Nurturing Care project, what was done to involve parents/caregivers and children?
- 104) Thinking about the Nurturing Care project since 2022, how well did that serve the needs of rights-holders, including children themselves?
- 105) Sometimes programmes are designed and developed to take into account lessons learned during implementation. Do you think that this has been the case for the Nurturing Care project?
- [Continue to next section if no learning has been noted.]
- 105a) Can you explain how this learning occurs? What has happened as a result of this learning ? Has it led to specific changes since implementation began in 2022? If so, please provide details, or specific examples.
- 105b) Do you think these lessons have been incorporated into future programming?

Section 2: EFFECTIVENESS

(Effectiveness EQ 4; EQ 5; EQ 13)

READ: Consider the evaluation criteria 'effectiveness', which focuses on the Project delivering against outputs and outcomes, and the results arising.

- 201) How well did the Nurturing Care project perform in terms of improving the quality of services provided in health, education, nutrition and protection for children ages 0-12, especially those with developmental delays or disabilities?
- 201a) How has the project promoted Nurturing Care among national sectoral actors in health, education and child protection?
- 202) How well did the project components perform in terms of meeting the needs of the children and families reached?
- 202a) Which aspects of the project did well in terms of delivering the needs of children and families?
- [If needed, probe using the list of activities mentioned in the beginning of the interview, or using examples from the list in the Introduction.]
- 203) How well did the Nurturing Care project do in terms of delivering what was expected and needed in terms of training for staff working with children and families?
- 204) Did the Nurturing Care project improve staff capacity [depending on the interview, this could be in hospitals, health centres, primary schools or ECD centres] to deliver integrated nurturing care for the needs of children in Rwanda? Please describe.
- 204a) Which aspects of training did you find were particularly effective in your organisation?
- 204b) What strengths and challenges can you identify with regards to the delivery of training delivery? Consider also the contribution of mentoring and coaching support. Consider the contribution of any teaching materials, such as guidebooks and similar.
- 205) What do you think about leadership around Early Childhood Development, is there clear leadership in Rwanda at national level to make progress on the nurturing care aspect of ECD? Are there clear champions for Nurturing Care in the political arena, in community development, in civil society?
- 206) Please describe the core monitoring system used for tracking the implementation of the Nurturing Care project.
- 206a) Are monitoring and reporting requirements reasonable or burdensome?
- 206b) Do they support efficient implementation?
- 206c) Please describe how monitoring data are used by your office.
- 206d) Do you have examples of how monitoring data provided you with useful and timely information to prevent and/or respond to problems?

Section 3: EFFECTIVENESS and PARTNERSHIPS

[For government, operational partners and members of Steering Committee only, but not HI]

(Effectiveness EQ 4; EQ 5; EQ 6; Partnerships EQ 11)

- 301) From the point of view of your organisation, how effective were strategic partnerships in advancing ECD programming on nurturing care? This includes partners across ministries, with non-governmental organisations, faith-based organisations, etc.
- 302) Nurturing care, like ECD, is not specific to the programming of any one sector, but rather provides the strongest results when those sectors have operational partnerships to improve child health, nutrition, and well-being. How well has the Nurturing Care project performed in terms of ensuring that these various components are included in service delivery for families and children?
- 302a) Can you provide some examples of what has changed in your organisation [meaning Ministry, NGO, etc.] since 2022 in light of this project?
- 303) Which organisations played a role, if any, in supporting inclusive case management or cross-sectoral coordination?
- 304) How would you rate the effectiveness of the Nurturing Care project in terms of systems strengthening: 'very effective', 'somewhat effective', 'not very effective', or 'not at all effective'? Please explain.
- 305) The Nurturing Care project has focused attention on building partnerships across different government services to advance the quality of life for young children in Rwanda. In what ways has it done so within the targeted project communities (across ECD centres, schools, health centres, etc.)?
- [Probe: What examples or experiences do you have of the professionals from health or education or protection working together?]
- 305a) What about for children with disabilities or developmental delays? Is it the same story?
- 305b) What have been the limitations of their working together to help the development of young children? And for those with disabilities or developmental delays?

Section 4: EFFICIENCY

[For all actors involved in implementation at national or district levels, i.e. operational partners and HI senior staff]

(Efficiency EQ 7 EQ 8; EQ 9, EQ 10; Partnership EQ 11)

READ: Consider the evaluation criteria 'efficiency', which considers the extent to which the Nurturing Care programming delivered against its objectives in terms of the competent allocation of human resources and budgets, and cost effectiveness.

- 401) Consider the efficiency of the implementation of activities of the Nurturing Care project and how well have they worked over the past two years in the following areas:
- 401a) How would you assess the efficiency of operational procedures (i.e. who does what?) for the Nurturing Care project? Sufficient? Insufficient? Are roles and responsibilities clearly defined among actors? Describe any gaps.
- 401b) What about the level of human resources at the national level? Are there sufficient people on board to support project implementation? Describe any gaps.
- 401c) What about the level of human resources at the district level? Are there sufficient people on board to support project implementation in all services? Describe any gaps.
- 401d) What about the logistics for implementation? Do you think they were optimised to achieve the project's desired results? Describe any gaps.
- 402) From your point of view, please describe any other efficiencies and inefficiencies and where there is room for improvement. Consider things that we might not have already discussed, such as staffing/hiring procedures, equipment/procurement and similar. Please give examples.
- 403) What about cross-sectoral performance, how well did the sector ministries and partners work together to implement the Nurturing Care project activities?
- 403a) Can you describe any examples of strong coordination among partners to achieve results? What about examples where coordination across sectors worked less well?
- 403b) Have the project's efforts to foster collaboration and coordination at the operational level within the various sectors (i.e., health, education, nutrition, child protection, social protection) yielded positive impacts? If so, please describe.
- 404) Since 2022, during the first two years of implementation, did the project experience any delays in implementation? What were the factors that caused these delays? Were you able to resolve these problems?
- 405) The Nurturing Care project is meant to create a systematic change to promote the integrated development of children and inclusive services for all in Rwanda. This means focusing on areas that take time to create change at both strategic and operational levels. With this in mind, please consider whether there is early evidence of results.
- 405a) Can you give specific examples of how the Nurturing Care project has helped in making service delivery for families and children be more inclusive – that is, more responsive to family needs, promoting nurturing care, supporting families to develop a favourable environment for their child's development ?
- 405b) Has it devoted attention to ensuring that 'no one is left behind', and populations that are more likely to be excluded?

[For all]

(Effectiveness EQ 6; Partnership EQ 12 and EQ 13)

READ: The HI Nurturing Care project intends to have a learning component whereby its partner organisations are regularly informed and involved in various aspects. Let us consider those here.

501) Since 2022, have you received any information or analysis regarding lessons learned

502) Did the Nurturing Care programming proceed in a manner that was likely to secure increased government commitment to improving the quality of life for young children (ages 0-12), including those with developmental delays or disabilities? Please describe.

Module 6: CONCLUDING STATEMENT

[For all]

601) Do you have any closing comments or any additional ideas you would like to add?

As noted at the beginning, all your responses are confidential. Thank you for your time and contributions.

A.16 Feuille de participation pour les parents

VERSION FINALE : 14 février 2025

Parent FGD Participant sheet

Filled out by enumerator

Mid-term evaluation of the Nurturing Care project in Rwanda (2022-2026)

Prepared by Anaïs Loizillon for HI Rwanda Country Office

Enumerator name:

Date:

Location:

[ANSWERS ARE TO BE FILLED OUT IN THE PARTICIPANT TABLE FOR EACH PERSON IN THE FGD. THIS CAN BE DONE WHILE WAITING TO BEGIN. NUMBER THE PARENTS SO YOU CAN RECORD WHICH PARENT SAID WHAT DURING THE FGD. THE IDEA IS TO OBTAIN MULTIPLE ANSWERS – THERE IS NO NEED TO REACH A CONSENSUS.]

Questions	[Read response categories]
VISION Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
HEARING Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
MOBILITY Do you have difficulty walking or climbing steps? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
COGNITION (REMEMBERING) Do you have difficulty remembering or concentrating? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
SELF-CARE Do you have difficulty with self-care, such as washing all over or dressing? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty

	____ - 4 Cannot do at all
COMMUNICATION Using your usual language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood? Would you say...	____ - 1 No difficulty ____ - 2 Some difficulty ____ - 3 A lot of difficulty ____ - 4 Cannot do at all

Total number of children ages 0-12: _____

CHILDREN INFORMATION			
Number	Gender (Female or Male)	Age (years)	Compared to other children of the same age, do you find that your child has a developmental delay or special needs or functioning difficulties? Yes/No/Don't know
1			
2			
3			
4			

PARTICIPANT 2 NAME: _____

Village (home):	Gender (Female or Male):	Age (years):
------------------------	---------------------------------	---------------------

[READ: These next questions ask about the difficulties you might have doing certain activities. This is about the adult, not the child.]

Questions	[Read response categories]
VISION Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses? Would you say...	____ - 1 No difficulty ____ - 2 Some difficulty ____ - 3 A lot of difficulty ____ - 4 Cannot do at all

HEARING Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
MOBILITY Do you have difficulty walking or climbing steps? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
COGNITION (REMEMBERING) Do you have difficulty remembering or concentrating? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
SELF-CARE Do you have difficulty with self-care, such as washing all over or dressing? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
COMMUNICATION Using your usual language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all

Total number of children ages 0-12: _____

CHILDREN INFORMATION			
Number	Gender (Female or Male)	Age (years)	Compared to other children of the same age, do you find that your child has a developmental delay or special needs or functioning difficulties? Yes/No/Don't know
1			
2			
3			
4			

PARTICIPANT 3 NAME: _____

Village (home):	Gender (Female or Male):	Age (years):
------------------------	---------------------------------	---------------------

[READ: These next questions ask about the difficulties you might have doing certain activities. This is about the adult, not the child.]

Questions	[Read response categories]
VISION Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
HEARING Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
MOBILITY Do you have difficulty walking or climbing steps? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
COGNITION (REMEMBERING) Do you have difficulty remembering or concentrating? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
SELF-CARE Do you have difficulty with self-care, such as washing all over or dressing? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
COMMUNICATION Using your usual language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all

Total number of children ages 0-12: _____

CHILDREN INFORMATION			
Number	Gender (Female or Male)	Age (years)	Compared to other children of the same age, do you find that your child has a developmental delay or special needs or functioning difficulties? Yes/No/Don't know
1			
2			

3			
4			

PARTICIPANT 4 NAME: _____

Village (home):	Gender (Female or Male):	Age (years):
------------------------	---------------------------------	---------------------

[READ: These next questions ask about the difficulties you might have doing certain activities. This is about the adult, not the child.]

Questions	[Read response categories]
VISION Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses? Would you say...	____ - 1 No difficulty ____ - 2 Some difficulty ____ - 3 A lot of difficulty ____ - 4 Cannot do at all
HEARING Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid? Would you say...	____ - 1 No difficulty ____ - 2 Some difficulty ____ - 3 A lot of difficulty ____ - 4 Cannot do at all
MOBILITY Do you have difficulty walking or climbing steps? Would you say...	____ - 1 No difficulty ____ - 2 Some difficulty ____ - 3 A lot of difficulty ____ - 4 Cannot do at all
COGNITION (REMEMBERING) Do you have difficulty remembering or concentrating? Would you say...	____ - 1 No difficulty ____ - 2 Some difficulty ____ - 3 A lot of difficulty ____ - 4 Cannot do at all
SELF-CARE Do you have difficulty with self-care, such as washing all over or dressing? Would you say...	____ - 1 No difficulty ____ - 2 Some difficulty ____ - 3 A lot of difficulty ____ - 4 Cannot do at all
COMMUNICATION Using your usual language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood? Would you say...	____ - 1 No difficulty ____ - 2 Some difficulty ____ - 3 A lot of difficulty ____ - 4 Cannot do at all

Total number of children ages 0-12: _____

CHILDREN INFORMATION			
Number	Gender (Female or Male)	Age (years)	Compared to other children of the same age, do you find that your child has a developmental delay or special needs or functioning difficulties? Yes/No/Don't know
1			
2			
3			
4			

PARTICIPANT 5 NAME: _____

Village (home):	Gender (Female or Male):	Age (years):
------------------------	---------------------------------	---------------------

[READ: These next questions ask about the difficulties you might have doing certain activities. This is about the adult, not the child.]

Questions	[Read response categories]
VISION Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses? Would you say...	____ - 1 No difficulty ____ - 2 Some difficulty ____ - 3 A lot of difficulty ____ - 4 Cannot do at all
HEARING Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid? Would you say...	____ - 1 No difficulty ____ - 2 Some difficulty ____ - 3 A lot of difficulty ____ - 4 Cannot do at all
MOBILITY Do you have difficulty walking or climbing steps? Would you say...	____ - 1 No difficulty ____ - 2 Some difficulty ____ - 3 A lot of difficulty ____ - 4 Cannot do at all
COGNITION (REMEMBERING) Do you have difficulty remembering or concentrating? Would you say...	____ - 1 No difficulty ____ - 2 Some difficulty ____ - 3 A lot of difficulty

	____ - 4 Cannot do at all
SELF-CARE Do you have difficulty with self-care, such as washing all over or dressing? Would you say...	____ - 1 No difficulty ____ - 2 Some difficulty ____ - 3 A lot of difficulty ____ - 4 Cannot do at all
COMMUNICATION Using your usual language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood? Would you say...	____ - 1 No difficulty ____ - 2 Some difficulty ____ - 3 A lot of difficulty ____ - 4 Cannot do at all

Total number of children ages 0-12: _____

CHILDREN INFORMATION			
Number	Gender (Female or Male)	Age (years)	Compared to other children of the same age, do you find that your child has a developmental delay or special needs or functioning difficulties? Yes/No/Don't know
1			
2			
3			
4			

PARTICIPANT 6 NAME: _____

Village (home):	Gender (Female or Male):	Age (years):
------------------------	---------------------------------	---------------------

[READ: These next questions ask about the difficulties you might have doing certain activities. This is about the adult, not the child.]

Questions	[Read response categories]
-----------	----------------------------

VISION Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
HEARING Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
MOBILITY Do you have difficulty walking or climbing steps? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
COGNITION (REMEMBERING) Do you have difficulty remembering or concentrating? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
SELF-CARE Do you have difficulty with self-care, such as washing all over or dressing? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
COMMUNICATION Using your usual language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all

Total number of children ages 0-12: _____

CHILDREN INFORMATION			
Number	Gender (Female or Male)	Age (years)	Compared to other children of the same age, do you find that your child has a developmental delay or special needs or functioning difficulties? Yes/No/Don't know
1			
2			
3			
4			

PARTICIPANT 7 NAME: _____

Village (home):	Gender (Female or Male):	Age (years):
------------------------	---------------------------------	---------------------

[READ: These next questions ask about the difficulties you might have doing certain activities. This is about the adult, not the child.]

Questions	[Read response categories]
VISION Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
HEARING Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
MOBILITY Do you have difficulty walking or climbing steps? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
COGNITION (REMEMBERING) Do you have difficulty remembering or concentrating? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
SELF-CARE Do you have difficulty with self-care, such as washing all over or dressing? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
COMMUNICATION Using your usual language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all

Total number of children ages 0-12: _____

CHILDREN INFORMATION			
Number	Gender (Female or Male)	Age (years)	Compared to other children of the same age, do you find that your child has a developmental delay or special needs or functioning difficulties? Yes/No/Don't know
1			
2			

3			
4			

PARTICIPANT 8 NAME: _____

Village (home):	Gender (Female or Male):	Age (years):
------------------------	---------------------------------	---------------------

[READ: These next questions ask about the difficulties you might have doing certain activities. This is about the adult, not the child.]

Questions	[Read response categories]
VISION Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
HEARING Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
MOBILITY Do you have difficulty walking or climbing steps? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
COGNITION (REMEMBERING) Do you have difficulty remembering or concentrating? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
SELF-CARE Do you have difficulty with self-care, such as washing all over or dressing? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all
COMMUNICATION Using your usual language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood? Would you say...	☐ - 1 No difficulty ☐ - 2 Some difficulty ☐ - 3 A lot of difficulty ☐ - 4 Cannot do at all

Total number of children ages 0-12: _____

CHILDREN INFORMATION			
Number	Gender (Female or Male)	Age (years)	Compared to other children of the same age, do you find that your child has a developmental delay or special needs or functioning difficulties? Yes/No/Don't know
1			
2			
3			
4			



Titre

Résumé

Humanité & Inclusion
138, avenue des Frères Lumière
CS 88379
69371 Lyon cedex 08
France
publications@hi.org

