



Santé
Canada Health
Canada

Santé Canada

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Lignes directrices pour l'établissement de rapports Information financière

Table des matières

1. Introduction	2
2. Portée	3
3. Définitions	4
4. Information générale	8
Accords de contribution consolidés (ACC) de la DGSPNI	8
Reddition de comptes	8
Exigences relatives à l'accord	8
5. Modalités des accords de contribution consolidés généraux et intégrés	11
Modalités générales, sections 3 et 4	11
Modalités générales, section 6 — Rapport financier périodique	11
Modalités générales, section 7 — Surplus et déficits	12
Modalités générales, section 8 — Transfert de ressources entre programmes	13
Modalités générales, section 10	13
6. Préparation d'un budget	15
Qu'est-ce qu'un budget?	15
Quelles informations contient un budget?	15
Établissement du budget	15
7. Préparation des prévisions de trésorerie	19
Que sont les prévisions de trésorerie?	19
Que recherche la DGSPNI lorsqu'elle examine les prévisions de trésorerie soumises par un bénéficiaire?	20
Exemple d'un état des flux de trésorerie	21
8. Rapport sur les dépenses	23
Dépenses imprévues	23
Activités non prévues au budget	24
Autres situations imprévues	24
Les rapports sur les dépenses sont-ils différents quand il s'agit des programmes de santé intégrés?	25
Annexes	26

1. Introduction

En mars 2001, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) a présenté des accords de contribution de base dans le but de se conformer à la politique du Conseil du Trésor sur les paiements de transfert de juin 2000 et aux recommandations formulées dans les Rapports du vérificateur général de 1997 et de 2000. Le contenu principal de tous les accords est identique à plusieurs égards, mais certaines dispositions varient, de même que le niveau de contrôle et de flexibilité offert. Les collectivités des Premières nations et des Inuits prennent une décision quant à leur désir d'obtenir un niveau de contrôle plus élevé et sont en mesure de choisir une option en fonction de leurs capacités, de leur admissibilité et de leurs besoins particuliers.

Le présent guide a pour but d'aider à la fois les employés de la DGSPNI et les bénéficiaires autochtones et inuits à se conformer aux exigences relatives à la gestion et à l'établissement de rapports des programmes de contribution de la DGSPNI. Le guide a également été conçu comme un document informatif permettant aux membres des collectivités des Premières nations et des Inuits et aux tiers de mieux comprendre les exigences et les obligations relatives aux programmes de contribution. De plus, il décrit l'interaction entre l'administration de la collectivité et la DGSPNI.

2. Portée

La Partie I du présent guide de présentation des rapports offre un aperçu et une description de l'information financière dans le contexte de l'**Accord de contribution consolidée — général** et de l'**Accord de contribution consolidée — Phase I et Phase II intégrées** de la DGSPNI. On y explique les exigences en matière de rapport qui s'appliquent à ces types d'accords. Des exemples de rapports dûment remplis sont inclus.

3. Définitions

Vérification annuelle des états financiers en fin d'exercice

Désigne une vérification des états financiers du bénéficiaire effectuée par un vérificateur indépendant embauché par le bénéficiaire. Le vérificateur déterminera si les états financiers du bénéficiaire représentent assez fidèlement les activités financières et la situation financière de ce dernier, si le bénéficiaire s'est conformé aux méthodes et aux principes comptables généralement reconnus, et s'il dispose de mécanismes de contrôle adéquats. Veuillez consulter les *Lignes directrices pour la vérification*.

Recouvrement des coûts

Il s'agit d'un arrangement conclu entre le bénéficiaire et Santé Canada, dans lequel la DGSPNI accepte de fournir au bénéficiaire certains biens ou services, comme des fournitures médicales ou des services offerts par des professionnels de la santé employés par le gouvernement fédéral. Le bénéficiaire rembourse ensuite le coût de ces biens et services à la DGSPNI.

Exercice

Désigne l'année financière du gouvernement du Canada. L'exercice débute toujours le 1^{er} avril et se termine le 31 mars.

Vérification externe (demandée par le bénéficiaire)

Vérification des mécanismes de contrôle, des comptes, des dossiers et des processus financiers du bénéficiaire, effectuée par un vérificateur indépendant embauché par contrat par le bénéficiaire.

Programme des services de santé communautaires intégrés

Désigne les programmes et les services que le bénéficiaire gère et offre conformément à son plan de travail et en fonction de la structure de gestion de la santé de sa collectivité. Contrairement aux programmes visant les Autochtones, ce financement offre au bénéficiaire toute la souplesse nécessaire pour lui permettre de se conformer aux exigences globales du plan de travail. Les services de santé communautaires intégrés ne s'appliquent que pendant la Phase II d'un Accord de contribution consolidé.

Vérification ministérielle

Vérification effectuée par un vérificateur embauché par le ministre de la Santé. Il s'agit de vérifier les comptes et les dossiers du bénéficiaire relatifs au financement fourni dans le cadre d'un accord de contribution, afin de garantir la conformité avec les conditions générales de l'accord.

Autorisation liée au programme

Autorisation relative au programme accordée à la DGSPNI. Les accords de contribution de base de la DGSPNI se fondent sur les conditions générales relatives à l'autorisation liée au programme accordée par le Conseil du Trésor. Ces conditions touchent notamment la durée maximale des accords, les montants maximaux du financement, les exigences relatives au programme et à l'information financière ainsi que des points de détail concernant la mise en œuvre des programmes en tant que tels.

Programme ou activité

Ces termes désignent les activités et les programmes auxquels la DGSPNI a le droit de contribuer. Les programmes incluent par exemple le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves, le programme Grandir ensemble et le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA). Les activités constituent des éléments spécifiques des programmes. Par exemple, le transport des malades est une activité qui relève du programme des Services de santé non-assurés (SSNA). Dans bien des cas, les activités d'un même programme peuvent présenter des exigences distinctes. Par exemple, le volet des bourses d'études du Programme des carrières et de la santé pour les Indiens et Inuits précise quelles personnes sont autorisées à gérer cette activité en vertu d'un accord de contribution, tandis que la plupart des bénéficiaires ont le droit d'exécuter les activités relatives à la promotion des carrières et de la santé. Pour les besoins du présent guide, le terme

programme désigne à la fois les programmes et les activités. On utilise les termes *programmes* et *activités* de façon interchangeable, du fait qu'ils peuvent, les uns comme les autres, être financés en tant que projets distincts et qu'ils font ainsi l'objet d'exigences semblables.

Bénéficiaire

Dans un accord, le terme *bénéficiaire* désigne un groupe ou une personne. Il s'agit habituellement d'un gouvernement ou d'une association autochtone ou inuite, mais parfois aussi d'une autre organisation. Le terme ne désigne pas les membres de la collectivité qui bénéficient réellement des services.

Arrangement spécial d'échange

Arrangement conclu entre le bénéficiaire et Santé Canada, dans le cadre duquel des professionnels de la santé de la DGSPNI travaillent au sein de la collectivité, sous la direction et le contrôle du bénéficiaire, tout en demeurant à l'emploi de la DGSPNI, qui leur verse un salaire.

Programmes ciblés

Dans le cadre de la Phase II d'un accord intégré, les programmes ciblés concernent le financement d'un programme qui ne peut être inclus dans les services de santé intégrés. Les transferts effectués vers les programmes ciblés ou à partir de ceux-ci ne sont permis que si la DGSPNI fournit préalablement une approbation écrite.

4. Information générale

Accords de contribution consolidés (ACC) de la DGSPNI

Avant 2001, la DGSPNI devait conclure avec un bénéficiaire un accord de contribution distinct pour chaque programme ou chaque activité qu'elle offrait. Par conséquent, si un bénéficiaire offrait dix programmes différents financés par la DGSPNI, on devait conclure dix accords de contribution distincts, présentant chacun une série de conditions générales. Dans presque tous les cas, ces dernières étaient identiques à 80 %.

Les Accords de contribution consolidés (ACC) permettent de financer des programmes multiples en utilisant un seul accord. Les programmes sont mentionnés dans une annexe jointe au contenu principal de l'accord. Il est important de souligner qu'il faut examiner chacun des programmes et des activités de façon distincte, comme s'ils étaient financés en vertu d'accords séparés.

Reddition de comptes

En tant qu'organisme du gouvernement fédéral, Santé Canada est comptable à tous les Canadiens. En raison de la nature des accords de contribution, on ne trouve pas toujours de preuves matérielles attestant les dépenses engagées. Lorsque, par exemple, Santé Canada achète du matériel de laboratoire destiné à la recherche d'un remède, ce matériel peut servir de preuve et permettre à Santé Canada de rendre compte de son utilisation des fonds publics. En ce qui concerne les sommes utilisées dans le cadre d'un accord de contribution, c'est en fait le bénéficiaire qui, en dernière analyse, dépense les fonds publics pour promouvoir un programme ou une activité qui profitera à tous. Santé Canada compte sur le bénéficiaire, qui doit fournir l'information dont l'organisation aura besoin pour rendre compte des travaux effectués et des réalisations accomplies grâce à l'utilisation des fonds publics.

Exigences relatives à l'accord

Les ACC de la DGSPNI ont pour but d'appuyer les activités et les services de santé offerts par les collectivités et les organisations des Premières nations et des Inuits à leurs membres.

La DGSPNI ne peut fournir une aide financière qu'aux programmes pour lesquels elle a reçu une autorisation du Conseil du Trésor. Ces autorisations s'assortissent de certaines exigences, et Santé Canada doit inclure ces dernières dans tous les types d'accords de contribution qu'elle rédige. Certaines de ces exigences, comme les exigences en matière de comptabilité et de vérification, sont mentionnées dans le corps principal du texte de l'accord de contribution. D'autres exigences figurent en annexe des accords, par exemple dans la section sur les activités.

Santé Canada obtient du Parlement l'autorisation de dépenser les fonds pour un exercice à la fois. Santé Canada ne peut dépenser les fonds qu'elle a obtenus que pendant l'exercice pour lequel le gouvernement a accordé une autorisation, et doit respecter cette condition. Si Santé Canada reçoit un budget de 10 millions de dollars pour le projet Grandir ensemble, le Ministère obtient également l'autorisation de dépenser cette somme. L'autorisation n'est valide que pendant la durée de l'exercice en cours. À la fin de l'exercice, si Santé Canada n'a dépensé que 9 des 10 millions de dollars, elle ne peut dépenser le dernier million, du fait qu'elle n'en a plus l'autorisation. On désigne parfois cette situation par les expressions « fonds périmés » ou « autorisation non utilisée ».

Dans la section 2 des conditions générales de tous les ACC de la DGSPNI, on précise clairement que tout bénéficiaire qui conclut un accord de contribution avec Santé Canada doit respecter les mêmes exigences (exigences du programme, objectifs et lois applicables) que Santé Canada.

ACC — général

Il s'agit des accords les plus élémentaires en ce qui a trait au niveau de contrôle offert. Pendant la durée de ces accords, qui sont pour la plupart conclus pour une période d'un an, les collectivités gèrent des programmes de santé élaborés par la DGSPNI et destinés à leurs membres, suivant l'attribution des ressources mentionnées dans l'accord. L'argent fourni par Santé Canada constitue un remboursement des sommes réellement dépensées par le bénéficiaire. En d'autres termes, le bénéficiaire ne peut recevoir de Santé Canada qu'un montant équivalant au montant qu'il a réellement dépensé, jusqu'à concurrence du montant convenu. Si le montant dépensé par le bénéficiaire est inférieur au montant convenu dans l'accord de contribution, Santé Canada ne peut rembourser que les fonds dépensés par le bénéficiaire.

ACC — intégré

À première vue, l'accord sur la contribution intégré et les programmes ciblés ressemblent à l'ACC — général. On remarque cependant quelques différences importantes entre les deux types d'accord. L'ACC — intégré se divise en deux phases. Au cours de la première phase, on fournit au bénéficiaire une aide financière et technique qui lui permet d'établir son propre système de gestion de la santé communautaire, de gérer la formation des membres de l'équipe de gestion de la santé communautaire et d'élaborer un plan de travail dans le but de gérer les priorités en matière de santé communautaire. Lorsqu'il participe à la phase I d'un accord, le bénéficiaire doit administrer de façon distincte le financement destiné à chaque programme mentionné dans l'accord. On doit apporter une modification à l'accord pour que l'argent puisse être transféré d'un programme à un autre. La phase I de l'accord a une durée limitée. Ainsi, on s'attend à ce que le bénéficiaire en atteigne les objectifs dans un délai d'un an.

Le bénéficiaire peut amorcer la phase II lorsque l'équipe de gestion de la santé communautaire a reçu une formation et qu'un plan de travail a été élaboré. Au cours de la phase II, on fournit au bénéficiaire un financement qui lui permet de continuer à gérer la santé communautaire. Le bénéficiaire dispose également d'une grande flexibilité pour financer les programmes suivant les priorités en matière de santé communautaire mentionnées dans le plan de travail. En outre, le bénéficiaire doit fournir un rapport annuel montrant les progrès qu'il a accomplis en regard de son plan de travail.

Le plan de travail de la collectivité peut inclure, parmi les services prévus, certains services qui sont déjà offerts par la DGSPNI. L'ACC — intégré propose une méthode selon laquelle les employés/les services de la DGSPNI se trouvent sous la direction du bénéficiaire. Ce système est rendu possible grâce à un programme spécial d'échange et à un accord de recouvrement des coûts.

Conformément à l'ACC — intégré, le bénéficiaire est tenu de fournir, à la fin de chaque exercice, des états financiers vérifiés par un vérificateur indépendant. Il s'agit là d'une autre différence clé entre l'ACC — intégré et l'ACC — général. Veuillez consulter les *Lignes directrices pour la vérification*.

5. Modalités des accords de contribution consolidés généraux et intégrés

Modalités générales - Dispositions relatives au financement

Cette section indique le montant maximum qui pourra être versé au bénéficiaire par Santé Canada. En général, ce montant est calculé à l'aide d'une formule prédéterminée qui tient compte de divers facteurs comme l'éloignement, la population, etc. ou à partir de la proposition présentée par le bénéficiaire.

En plus d'indiquer le montant total qui sera versé, cette section fournit le calendrier des paiements. Si l'accord doit durer plus d'un exercice, cette section précisera quelle partie du montant visé par l'accord sera payée et appliquée à l'exercice en cours.

S'il faut modifier les montants qui figurent dans l'accord, par exemple pour verser un supplément de financement en raison d'une augmentation des coûts ou pour ajouter de nouveaux programmes, il faut modifier l'accord. Toutes les modifications doivent être approuvées par les deux parties.

Modalités générales – Rapport financier périodique

Cette section indique à quel moment le bénéficiaire doit présenter un rapport financier [veuillez consulter la PARTIE 6 : Préparation des rapports sur les dépenses]. Dans le cas de la plupart des programmes qui figurent dans l'annexe, le bénéficiaire devra présenter trois rapports financiers (il convient de signaler que les activités liées aux SSNA peuvent faire l'objet de rapports trimestriels). Le premier rapport doit être présenté à la DGSPNI en octobre, le second en janvier et le troisième, que l'on appelle le rapport final sur les dépenses, dans les 120 jours qui suivent l'échéance de l'accord. Si l'accord dure plus d'un exercice, il faudra présenter un rapport en octobre et en janvier pour chaque exercice visé par l'accord, et le rapport final sera présenté dans les 120 jours qui suivent la fin de chaque exercice.

Les états financiers permettent à la DGSPNI de connaître le montant du remboursement qu'elle versera au bénéficiaire ou, si elle lui verse des avances, le montant dont le bénéficiaire doit rendre compte [veuillez consulter la PARTIE 7 : Préparation des prévisions de trésorerie]. Ces rapports aident Santé Canada à rendre compte de l'utilisation des deniers publics. Ils aident aussi la DGSPNI à cerner les problèmes et à les corriger afin de garantir la réussite du Programme.

Dans cette section, le bénéficiaire doit aussi indiquer s'il y a des fonds sous-utilisés. Il est très important de faire état des fonds sous-utilisés, et cela est particulièrement utile au début de l'exercice. Comme on l'a déjà dit, Santé Canada et les bénéficiaires des contributions ne peuvent dépenser les fonds que pendant l'exercice auquel ils étaient destinés. Cela signifie que les fonds non utilisés par Santé Canada ou les bénéficiaires après le 31 mars ne pourront être reportés aux

exercices suivants. Lorsqu'ils établissent la possibilité d'un surplus, la DGSPNI et le bénéficiaire peuvent modifier l'entente pour que le bénéficiaire puisse fournir d'autres services ou que la DGSPNI offre le financement à d'autres bénéficiaires.

Dans le cas des ACC — généraux, les rapports sur le budget et les dépenses connexes doivent être présentés par programme, et, dans le cas des ACC — intégrés, par programme ciblé; on ne peut pas présenter de rapport cumulatif. Puisque Santé Canada doit fournir des rapports distincts pour chaque programme, les bénéficiaires doivent aussi fournir des rapports distincts pour chaque programme.

Les Services de santé communautaires intégrés doivent aussi fournir des rapports sur les programmes qui relèvent des Services de santé intégrés mais seulement lorsqu'il s'agit des programmes prévus au budget en fonction du plan de travail du bénéficiaire.

Cette exigence en matière de rapports s'applique à la fois aux rapports financiers périodiques, aux rapports de fin d'exercice et aux rapports présentés à l'échéance de l'accord.

Modalité générale – Surplus et déficits

Cette section indique que la DGSPNI ne pourra verser au bénéficiaire aucun montant qui dépasse le montant indiqué dans l'accord. Si le bénéficiaire dépense plus que les montants établis pour chaque programme ou activité figurant dans l'annexe, il devra utiliser son propre argent. Si la DGSPNI a versé une avance au bénéficiaire [veuillez consulter la PARTIE 7: Préparation des prévisions de trésorerie] et que les dépenses du bénéficiaire sont inférieures au montant versé par la DGSPNI, cette partie de l'accord indique que le bénéficiaire devra rembourser tous les montants non dépensés par programme ou activité.

Modalités générales – Transfert de ressources entre programmes

ACC – généraux

Comme on l'a indiqué dans l'introduction, il faut traiter de façon distincte chaque programme ou activité des ACC — généraux, même si l'on peut financer un grand nombre de programmes dans le cadre d'un accord consolidé. Cela signifie qu'il n'est pas possible de transférer des sommes d'un programme à un autre sans l'approbation écrite de la DGSPNI.

ACC – intégrés et programmes ciblés

Comme on l'a déjà indiqué, il n'est pas possible de transférer des fonds d'un programme ciblé à un autre sans l'approbation écrite de la DGSPNI. De plus, lorsque le montant du financement a été déterminé pour les Services de santé intégrés, il ne sera pas possible de les modifier sans l'accord du bénéficiaire et de la DGSPNI.

Modalités générales – Exigences relatives à la tenue de comptes et à la vérification

Dans cette section, on explique la façon de préparer les rapports financiers et de consigner les informations. À la base, toutes les procédures financières doivent respecter les pratiques comptables généralement acceptées. Le comptable embauché par l'organisme de chacun des bénéficiaires sera familiarisé avec ces pratiques comptables.

Cette section indique en outre que tous les dossiers financiers et les factures devront être conservés pendant sept années. Les dossiers doivent être conservés, que le bénéficiaire ait fait l'objet d'une vérification ou non.

6. Préparation d'un budget

Qu'est-ce qu'un budget?

Un budget est un plan financier qui précise les coûts des activités proposées. C'est aussi un guide qui permet d'assurer le suivi des activités en veillant au respect de leurs objectifs. Normalement, on établit un budget pour une période spécifique, en général un exercice ou une période plus courte.

Quelles informations contient un budget?

Lorsque l'on prépare le budget d'un programme, il est important de tenir compte de toutes les activités qui seront exécutées et de tous les services qui seront fournis. Lorsque l'on veut déterminer le coût des ressources humaines, il faut savoir qui effectuera le travail et combien de temps ce travail durera. Quand on doit établir les coûts des services directs et indirects, les informations porteront sur les coûts de la fourniture des services. Si l'on doit tenir compte des frais généraux et des frais administratifs, il faudra vérifier si les activités entraînent d'autres coûts qui ne sont pas liés à l'exécution de l'activité même.

Il est important de signaler qu'un budget ne se résume pas à l'établissement de la source du financement. Un budget fournit une estimation des ressources qui seront nécessaires pour exécuter un programme. Il est fort possible que les fonds proviennent de multiples sources, par exemple que la DGSPNI verse une partie du financement et que la collectivité ou un autre ministère fournisse l'autre partie.

Établissement du budget

Les procédures d'établissement du budget suivantes prennent pour exemple l'exécution de soins de première ligne.

Il convient de signaler que les chiffres et les activités dont il est question dans les exemples ne reflètent en aucun cas les données réelles du Programme de soins primaires et qu'ils ne sont fournis que dans le but d'expliquer l'approche utilisée pour l'établissement d'un budget.

1. Cerner les activités et les services à exécuter

La prestation de services de soins primaires suppose des soins directs au patient, y compris les examens en vue d'un traitement (évaluation des blessures, tests, médicaments), les conseils, les visites aux personnes âgées, l'enseignement en matière de vie saine à l'intention des enfants d'âge scolaire et la prise de rendez-vous avec des professionnels de la santé qui pratiquent à l'extérieur de la collectivité ou qui font des visites. Les services de soins primaires supposent aussi d'autres tâches : remplir des rapports, classer, transmettre et recevoir des dossiers, dresser l'inventaire

et assurer le ravitaillement, remplir les rapports d'activité quotidiens ou mensuels. Ils peuvent aussi supposer des tâches liées à la comptabilité, à la production de rapports financiers ou au nettoyage et à l'entretien.

2. Cerner les personnes chargées des tâches et la durée de leur emploi

Le Programme exigera les services d'une infirmière à temps plein et d'une autre à temps partiel qui assureront le traitement, les examens, les conseils, les visites et l'éducation. Le Programme exige en outre un commis aux services médicaux qui travaillera à temps plein pour prendre les rendez-vous, remplir les rapports et les dossiers, en assurer le classement, dresser l'inventaire et assurer le ravitaillement.

Infirmières (avantages compris)	Temps plein	50 000 \$
	Temps partiel	30 000 \$
Commis	Temps plein	35 000 \$

3. Cerner les coûts liés à l'exécution des services proprement dits

En ce qui concerne le traitement, on établira les coûts des services directs à partir des informations suivantes. Il faut d'abord évaluer le nombre de patients qui seront reçus en une journée. Si le personnel reçoit 25 patients par jour, il faudra une provision suffisante de certaines fournitures médicales, y compris des bandages, des gazes, des seringues, des médicaments, des pièces d'équipement (sphygmomanomètre, instruments d'exploration, etc.) et des fournitures pour la salle d'examen. Il peut aussi devoir distribuer des dépliants d'information dans les écoles. Les visites aux personnes âgées et aux autres membres de la collectivité qui ne sont pas capables de se déplacer exigent aussi certaines fournitures; l'infirmière pourrait devoir utiliser un véhicule.

À partir des informations ci-dessus, on pourra dégager les coûts suivants :

Fournitures médicales	75 \$/semaine pendant 52 semaines
Médicaments	125 \$/semaine pendant 52 semaines
Fournitures de la salle d'examen	25 \$/semaine pendant 52 semaines
Dépliants d'information	750 \$/année

Les dépenses liées à l'utilisation d'un véhicule font partie des coûts généraux, et l'entretien et les réparations du véhicule ne sont pas vraiment une dépense directe. Le véhicule peut par exemple servir à des fins administratives, par exemple pour aller chercher des fournitures ou se rendre à une réunion.

4. Cerner les autres coûts liés aux activités

Lorsqu'il s'agit de déterminer les coûts généraux, il est important de tenir compte du loyer des installations, des services d'entretien, des réparations mineures ainsi que du coût du véhicule (essence, entretien, réparations, enregistrement et assurances). Les coûts généraux concernent aussi les fournitures de bureau (dossiers, papier, stylos)

ainsi que l'entretien ou le remplacement de l'équipement médical. Les coûts généraux comprennent en outre le service téléphonique, l'électricité et le chauffage. Vous pourriez aussi devoir ajouter les coûts administratifs de certains services fournis par des tiers. Par exemple, si vous utilisez les services de comptabilité de la bande quelques heures par mois, la bande pourrait bien vous les facturer.

Services administratifs (bande)	2 h/sem., 52 semaines X 25 \$/h
Service d'entretien (bande)	10 h/sem., 52 semaines X 12 \$/h
Essence et entretien d'un véhicule	200 \$/mois
Assurances	1 400 \$/année
Téléphone	100 \$/mois
Électricité	200 \$/mois
Chauffage	200 \$/mois
Remplacement de l'équipement	300 \$/année

Après avoir établi les coûts par mois, semaine ou année, il faut les convertir pour obtenir le montant annuel de façon à connaître le total des coûts nécessaires pour l'exécution du programme au cours d'une année.

Veillez consulter l'exemple A, qui porte sur la préparation d'un budget.

7. Préparation des prévisions de trésorerie

Que sont les prévisions de trésorerie?

L'état des flux de trésorerie permet de prévoir le financement dont le bénéficiaire aura besoin pour répondre aux besoins opérationnels du programme ou du service pendant une période donnée. Pour déterminer les besoins en trésorerie, les bénéficiaires doivent examiner les besoins en argent de chaque programme. Le montant total nécessaire chaque mois dans chaque programme correspond aux fonds de trésorerie nécessaires pour le mois visé. Le total des fonds de trésorerie ne peut dépasser le budget total. On ne recommande pas d'adopter la pratique selon laquelle on se contente de diviser le budget en 12 parties équivalant à 12 versements égaux, mais l'on sait que certains programmes doivent assumer des coûts fixes permanents et que, dans leur cas, cette pratique est pertinente. Lorsqu'il faut modifier les prévisions de trésorerie, le bénéficiaire doit présenter un état des flux de trésorerie révisé.

Un état des flux de trésorerie, c'est fondamentalement un calendrier où l'on indique le moment où de l'argent sera nécessaire. Selon la Politique de gestion de la trésorerie du Conseil du Trésor, les avances versées aux bénéficiaires doivent refléter le plus fidèlement possible les besoins financiers immédiats du bénéficiaire.

À titre d'exemple, supposons que l'on prévoit organiser une conférence à la fin du mois de juillet; les facteurs suivants auront une incidence sur les exigences en trésorerie et sur l'état des flux de trésorerie. Les dépenses comprennent le versement, trois mois à l'avance, de la rétribution du conférencier invité, les frais de location de la salle de conférence qui doivent être acquittés en juin et le paiement ou le remboursement des frais de déplacement des participants. Il faut aussi verser un salaire à la personne qui organise la conférence. Il faut donc que le flux de trésorerie suffise, en avril, à payer le salaire d'un mois de travail et les coûts des conférenciers invités. Il faudra avoir en main, au mois de mai, suffisamment d'argent pour verser un autre mois de salaire. Il faudra encore une fois, en juin, verser un mois de salaire et payer la location de la salle de conférence. Au mois d'août, il faudra verser le salaire d'un mois de travail et rembourser les frais de déplacement; en septembre, il faudra verser un autre mois de salaire. On voit donc que les exigences en trésorerie changent chaque mois et qu'il faut donc un montant différent pour répondre à la demande. Les prévisions de trésorerie des accords de contribution sont préparés de cette façon. Ils permettent à Santé Canada de savoir combien d'argent il faut verser aux bénéficiaires, et à quel moment il convient de le faire.

S'il y a plusieurs sources de financement, il faudra modifier les prévisions de trésorerie en conséquence afin que l'on puisse établir les diverses sources de financement et le moment où la DGSPNI devra verser les fonds au regard des contributions ayant fait l'objet de l'accord. Si la collectivité prévoit modifier des activités et demander des ressources supplémentaires, il lui faudra aussi modifier son budget et ses prévisions de

trésorerie en indiquant clairement la source du financement. Il faudra indiquer le montant supplémentaire que la collectivité versera, et le moment où le versement sera nécessaire.

Que recherche la DGSPNI lorsqu'elle examine les prévisions de trésorerie soumises par un bénéficiaire?

La DGSPNI vérifie si les prévisions de trésorerie correspondent aux activités du programme. Elle vérifie aussi si elles respectent le budget du Programme. Il sera difficile de justifier la demande d'une somme importante en vue d'une conférence qui aura lieu un mois donné si les plans d'activité et le budget n'en font pas mention.

Il ne faut surtout pas perdre de vue le fait que les contributions visent le remboursement des dépenses du bénéficiaire. Les fonds de trésorerie ne correspondent pas à un remboursement : il s'agit de fonds que Santé Canada avance pour aider le bénéficiaire à répondre aux demandes qu'il s'attend à recevoir. Si les sommes versées en fonction des prévisions de trésorerie dépassent le montant des dépenses réelles du bénéficiaire, celui-ci devra remettre toutes les sommes non utilisées.

Exemple d'un état des flux de trésorerie

Voici un exemple du processus à suivre pour préparer un état des flux de trésorerie. Dans cet exemple, les flux de trésorerie sont établis à partir du budget de la partie IV du présent guide (Préparation d'un budget).

Il convient de signaler que les chiffres, les activités et les événements dont il est question dans les exemples ne reflètent en aucun cas les données réelles du Programme de soins primaires et qu'ils ne sont fournis que dans le but d'expliquer l'approche utilisée pour l'établissement d'un état des flux de trésorerie.

- Le salaire du personnel sera divisé en parts égales et réparti sur toute l'année, puisque c'est ainsi qu'il sera payé. Il faut donc diviser le salaire total en 12 parties pour déterminer les montants mensuels nécessaires.
- En ce qui concerne les fournitures médicales, les médicaments et les fournitures de la salle d'examen, il est difficile de prévoir le moment où ils seront utilisés. On peut donc se contenter de diviser en 12 le montant annuel prévu pour déterminer, en moyenne, les besoins mensuels.
- Si on prévoit remplacer une pièce d'équipement en juin, on demandera de l'argent pour ce mois-là.
- Vous allez peut-être avoir besoin de nouvelles provisions de dépliants

d'information sur le mode de vie sain au début de l'année scolaire. Vous devrez probablement passer la commande au mois d'août, et vous indiquerez cette demande dans les prévisions du mois d'août.

- Si les services de comptabilité et d'entretien sont fournis par l'administration de la bande et que celle-ci vous présente des factures tous les trois mois, vous devriez indiquer les montants nécessaires dans l'état des flux de trésorerie des mois de juin, septembre, décembre et mars.
- Les dépenses liées au véhicule, au téléphone, à l'électricité et au chauffage doivent figurer tous les mois dans les états; on utilisera une moyenne établie à partir des montants annuels. Dans bien des cas, les fournisseurs d'électricité et de chauffage acceptent des paiements mensuels moyens.
- S'il est temps de renouveler les assurances du véhicule, on indiquera le montant prévu de la prime dans les états de trésorerie du mois visé.

Comme vous pouvez le voir dans l'exemple ci-joint (exemple B), les montants réclamés sont parfois les mêmes d'un mois à l'autre, parfois plus élevés. Ces derniers montants tiennent compte des versements ponctuels et des versements moins fréquents prévus. Toutefois, le montant total des prévisions de trésorerie doit correspondre au budget total. Il n'y a pas de nouvelle catégorie dans les états des flux de trésorerie, puisque ceux-ci ne font qu'indiquer à quel moment les montants prévus au budget doivent être versés.

8. Rapport sur les dépenses

Lorsque commence l'exécution du Programme proprement dite, il faut faire face aux dépenses. Puisqu'une certaine partie du budget a été établie à partir d'estimations, les dépenses ne correspondent pas toujours exactement aux montants indiqués dans le budget. Il arrive parfois que des dépenses imprévues se présentent. Il est possible que la demande en services soit moins élevée que prévu, et cela aussi peut avoir des répercussions sur les coûts directs.

Les rapports mensuels sur les dépenses visent à garantir la bonne gestion du Programme. Comme on l'a déjà expliqué, la DGSPNI exige trois rapports par année dans la plupart des cas. Cela ne doit pas vous empêcher de préparer des rapports mensuels.

Le budget sert ici de guide, puisque les dépenses sont un bon reflet de la situation financière passée et présente. Si les dépenses ne correspondent pas à ce qui est prévu au budget, des problèmes pourraient survenir ultérieurement. Il est aussi possible qu'il y ait un surplus de fonds, que l'on pourrait utiliser ailleurs.

Dépenses imprévues

Il est possible que les bénéficiaires aient à faire face à des dépenses imprévues. Il peut s'agir d'une ou de plusieurs dépenses dont le montant total est suffisamment élevé pour que le bénéficiaire n'ait plus assez d'argent pour exécuter le Programme pendant toute l'année.

En cas de dépenses imprévues importantes, le bénéficiaire doit examiner la possibilité de restreindre d'autres frais pour pouvoir y faire face. Si cela lui est impossible, il devra chercher à obtenir d'autre financement en s'adressant à la collectivité ou à d'autres sources.

Il est important de mettre la DGSPNI au courant des problèmes qui touchent le bénéficiaire. La DGSPNI et le bénéficiaire ont conclu un accord selon lequel le bénéficiaire doit exécuter certaines activités. En avisant la DGSPNI de la possibilité qu'il lui soit impossible d'exécuter sa part de l'accord, le bénéficiaire donne à celle-ci l'occasion d'offrir son aide ou, au besoin, de modifier l'entente et les activités visées.

Activités non prévues au budget

Il est possible que l'on souhaite réaliser des activités qui n'étaient pas prévues au budget. Contrairement aux dépenses non prévues, ces nouvelles dépenses peuvent être contrôlées puisqu'elles sont fondées sur des décisions délibérées. À titre d'exemple, un bénéficiaire peut décider qu'il serait bien d'inviter un conférencier à s'adresser aux enfants des écoles. Même si le conférencier n'exige aucune rétribution, il faudra peut-être assumer ses frais de déplacement. Il est aussi possible que, en

constatant une faible demande en services de traitement, l'on décide de reporter d'un mois l'embauche d'une infirmière à temps partiel, de façon à dégager les fonds nécessaires pour couvrir les frais de déplacement. La collectivité, la DGSPNI ou un autre organisme pourraient aussi accepter de payer une partie des coûts supplémentaires. L'important, c'est de savoir que les activités non prévues au budget exigent quand même une planification financière, comme s'il s'agissait d'activités prévues au budget. Avant d'entreprendre une nouvelle activité quelconque, le bénéficiaire doit s'assurer le soutien financier nécessaire.

Si le bénéficiaire prévoit diminuer ou cesser une activité quelconque dans le but de libérer des fonds, il devra en discuter d'abord avec la DGSPNI. Dans certains cas, les accords exigent qu'on rétablisse des normes minimales relatives aux services essentiels. De plus, compte tenu de la nature et de la structure des accords de la DGSPNI, Santé Canada ne peut assumer que les coûts qui respectent toutes les conditions qui lui sont imposées et qui, par l'entremise de l'accord, sont imposées au bénéficiaire. C'est pourquoi il est souhaitable de chercher à cerner les problèmes possibles.

Autres situations imprévues

Il est possible que les dépenses d'un programme soient inférieures à ce qui avait été prévu dans le budget. La demande en services est peut-être plus faible que prévu, le bénéficiaire ne réussit peut-être pas à combler le poste vacant ou encore le remplacement de l'équipement qui avait été prévu se révèle inutile. Si l'on reprend l'exemple des services infirmiers, cette situation a pour conséquence qu'un volume moins grand de fournitures aura été utilisé, que les salaires prévus au budget ne seront pas versés en totalité ou que le remplacement de l'équipement a pu être évité.

L'ACC — général conclu par la DGSPNI et le bénéficiaire exige que celui-ci informe immédiatement la DGSPNI lorsqu'il constate un surplus ou qu'il en prévoit un. Après en avoir discuté, la DGSPNI et le bénéficiaire pourront décider ensemble de la solution à adopter. Supposons, par exemple, qu'on aimerait que l'infirmière accomplisse plus de travail, puisque des fonds excédentaires sont disponibles, mais que celle-ci n'en ait pas le temps. Dans ce cas, il faudra réduire le montant visé par l'accord. S'il est possible que les fonds soient transférés à d'autres programmes qui en ont besoin, il faudra conclure un nouvel accord ou modifier l'accord existant pour refléter tous ces changements.

Il ne faut pas oublier que ni le bénéficiaire ni la DGSPNI ne pourront utiliser les sommes non dépensées à la fin de l'exercice. Si, en s'appuyant sur les prévisions des flux de trésorerie, on a versé au bénéficiaire plus d'argent qu'il n'en a dépensé, celui-ci devra remettre à Santé Canada les sommes non dépensées. Santé Canada ne pourra pas utiliser cet argent et doit le remettre au gouvernement.

Les rapports sur les dépenses sont-ils différents quand il s'agit des programmes de

santé intégrés?

Les rapports sur les dépenses que le bénéficiaire doit présenter sont les mêmes, qu'il s'agisse des services de santé intégrés, des programmes de santé ciblés ou des programmes visés par un ACC — général. Il y a cependant une différence : quand il s'agit des Programmes de santé intégrés, les états financiers de fin d'exercice doivent être vérifiés par un vérificateur indépendant. Veuillez consulter la **Partie II, États financiers vérifiés**.

Explications relatives aux rapports sur les dépenses (exemple C)

Il convient de signaler que les chiffres, les activités et les événements dont il est question dans les exemples ne reflètent en aucun cas les données réelles du Programme de soins primaires et qu'ils ne sont fournis que dans le but d'expliquer l'approche utilisée pour l'établissement d'un rapport sur les dépenses.

Dans cet exemple, on prépare un rapport pour le mois de juin. L'infirmière à temps partiel a donné sa démission pour accepter un emploi dans un nouveau centre de traitement. Le poste est donc vacant pendant le mois de juin. Les salaires versés sont établis en fonction du taux salarial utilisé au moment de la préparation du budget.

Les coûts des services directs concernent les fournitures médicales dont on a fait l'achat pendant l'exercice. Pour le moment, les achats sont moins importants que ce qui avait été prévu au budget, puisqu'il a été possible d'utiliser les fournitures en stock. Il faudra passer une nouvelle commande en juillet. Les dépliantes ne seront achetés qu'à la fin de l'été.

D'autres coûts figureront dans le rapport. Par exemple, l'administration de la bande a envoyé comme prévu une facture pour les services de comptabilité (dépenses administratives) et les services d'entretien (frais généraux). Les dépenses liées au véhicule et à l'achat d'essence sont des dépenses réelles. Aucune réparation n'a été nécessaire. L'assurance doit être payée en septembre seulement. Les coûts du service téléphonique sont normaux, mais les dépenses en électricité et en chauffage sont moins élevées, puisque le programme n'a pas adopté la facturation mensuelle. Dans la salle d'attente, l'un des deux fauteuils s'est brisé, et on a décidé de remplacer les deux fauteuils de crainte que quelqu'un se blesse. Ces dépenses n'étaient pas prévues au budget.

Le bénéficiaire doit comparer les dépenses inscrites sur le rapport et les dépenses prévues au budget. Si les dépenses ne semblent pas correspondre à ce qui avait été prévu, il doit en chercher la cause. Si l'on reprend notre exemple, dans lequel l'infirmière à temps partiel a donné sa démission, les dépenses seront moins élevées. Le bénéficiaire doit tenter de savoir pendant combien de temps le poste restera vacant. Si l'on a entamé un processus d'embauche qui doit être terminé à la mi-juillet et que

l'on autorise le personnel en place à accomplir des heures supplémentaires en vue de compenser le poste vacant, il est possible que les dépenses respectent le budget.

Comme nous l'avons déjà dit, il est possible que les dépenses directes semblent moins élevées que prévu, mais c'est parce que, dans les premiers mois d'un exercice, on utilise d'abord les fournitures en stock. On l'aura peut-être oublié au moment d'établir le flux de trésorerie, mais le budget est quand même conforme. Les dépenses liées aux frais généraux sont peut-être aussi moins élevées que prévu, mais, puisque c'est la belle saison, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter. Et les dépenses imprévues ne sont peut-être pas assez importantes pour mettre le programme en péril.

C'est en menant des analyses de ce type que le bénéficiaire vérifie si tout se déroule comme prévu. L'analyse permet au bénéficiaire de cerner les problèmes avant qu'ils ne soient trop graves et de prendre des mesures en temps opportun.

La DGSPNI procède de la même manière pour vérifier les rapports sur les dépenses présentés par les bénéficiaires. La DGSPNI a non seulement injecté des fonds publics dans les programmes proposés par le bénéficiaire, elle souhaite en outre que ces programmes soient couronnés de succès. Des rapports sur les dépenses détaillés et présentés en temps opportun sont un outil qui permet à la DGSPNI de participer activement à la réussite des programmes des Premières nations et des Inuits. Quand le bénéficiaire présente en même temps ses rapports sur les dépenses et ses rapports d'activité, la DGSPNI est en mesure de les soumettre à une analyse détaillée, de cerner les problèmes potentiels et d'offrir son aide.

Veillez consulter l'annexe C, qui est un exemple de rapport complet.

Annexe A

Bénéficiaire : ABC
Budget annuel
Services de soins infirmiers

Coûts des services directs

Fournitures médicales	75 \$/sem./52 semaines	3 900 \$
Médicaments	125 \$/sem./52 semaines	6 500 \$
Remplacement de l'équipement	300 \$/année	300 \$
Fournitures de la salle d'examen	25 \$/sem./52 semaines	1 300 \$
Dépliants d'information	750 \$/année	750 \$

Coûts totaux des services directs **12 750 \$**

Coûts des services indirects

Salaires

Infirmière à temps plein	50 000 \$/an + avantages (15 %)	57 500 \$
Infirmière à temps partiel	30 000 \$/an+ avantages (15 %)	34 500 \$
Com mis	35 000 \$/an + avantages (15 %)	40 250 \$

Coûts totaux des services indirects **132 250 \$**

Autres coûts d'exploitation

Frais généraux

Entretien (bande)	10 h/sem./52 semaines X 12 \$/h	6 240 \$
Essence et entretien du véhicule	200 \$/mois	2 400 \$
Assurances	1 400 \$/année	1 400 \$
Téléphone	100 \$/mois	1 200 \$
Électricité	200 \$/mois	2 400 \$
Chauffage	200 \$/mois	2 400 \$

Frais administratifs

Comptabilité (bande)	2h h/sem./52 semaines X 25 \$/h	2 600 \$
----------------------	---------------------------------	----------

Total, autres coûts d'exploitation **16 040 \$**

Budget total requis **161 040 \$**

Annexe B

Bénéficiaire : ABC
État des flux de trésorerie
Services de soins
infirmiers

Poste	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mars	Total
Infirmière temps plein	4792	4792	4792	4792	4792	4792	4792	4792	4792	4792	4792	4792	57500
Infirmière temps partiel	2875	2875	2875	2875	2875	2875	2875	2875	2875	2875	2875	2875	34500
Commis	3354	3354	3354	3354	3354	3354	3354	3354	3354	3354	3354	3354	40250
Fournitures médicales	325	325	325	325	325	325	325	325	325	325	325	325	3900
Médicaments	542	542	542	542	542	542	542	542	542	542	542	542	6500
Équipement (rempl.)			300										300
Fournitures (s. d'examen)	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	1300
Dépliants d'information					750								750
Administration (bande)			650			650			650			650	2600
Entretien (bande)			1560			1560			1560			1560	6240
Véhicule	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2400
Assurances						1400							1400
Téléphone	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1200
Électricité	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2400
Chauffage	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2400
TOTAL MENSUEL	12696	12696	15206	12696	13446	16306	12696	12696	14906	12696	12696	14906	163640

Annexe C

Bénéficiaire : ABC

Rapport sur les dépenses

Services de soins infirmiers

	Prévu au budget	Dépenses réelles, juin	Cumul des dépenses
Coûts des services directs			
Fournitures médicales	3 900 \$	60 \$	190 \$
Médicaments	6 500 \$	800 \$	1 750 \$
Remplacement de l'équipement	300 \$	0 \$	0 \$
Fournitures salle d'examen	1 300 \$	35 \$	105 \$
Dépliants d'information	750 \$	0 \$	0 \$
Coûts des services directs – Total	12 750 \$	895 \$	2 045 \$
Coûts des services indirects			
Salaires			
Infirmière temps plein	57 500 \$	4 792 \$	14 375 \$
Infirmière temps partiel	34 500 \$	0 \$	5 750 \$
Commis	40 250 \$	3 354 \$	10 063 \$
Coûts des services indirects – Total	132 250 \$	8 146 \$	30 188 \$
Autres coûts d'exploitation			
Frais généraux			
Entretien (bande)	6 240 \$	1 560 \$	1 560 \$
Véhicule (essence et entretien)	2 400 \$	130 \$	315 \$
Assurances	1 400 \$	0 \$	0 \$
Téléphone	1 200 \$	210 \$	325 \$
Électricité	2 400 \$	150 \$	445 \$
Chauffage	2 400 \$	0 \$	375 \$
Deux nouveaux fauteuils	0 \$	180 \$	180 \$
Administration			
Comptabilité (bande)	2 600 \$	650 \$	650 \$
Autres coûts d'exploitation – Total	18 640 \$	2 880 \$	3 850 \$
Total	163 640 \$	11 921 \$	36 083 \$