



Santé
Canada

Health
Canada

Santé Canada

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Lignes directrices pour la vérification

Table des matières

1. Introduction	2
2. Portée	3
3. Définitions	4
4. Information générale - Vérifications	6
Qu'est-ce qu'une vérification?	6
Pourquoi faire faire une vérification?	6
Types de vérification	6
Vérification externe (demandée par le bénéficiaire)	7
Vérification ministérielle (demandée par Santé Canada)	7
Opinion sans réserve	9
Opinion avec réserve	9
Récusation (opinion défavorable du vérificateur)	9
5. Exigences en matière de vérification - Vérifications externes (demandées par le bénéficiaire)	10
Qualifications du vérificateur	10
Le contrat de vérification	10
Les extraits de la vérification	11
Le rapport du vérificateur	11
Le rapport sur les dépenses de Santé	11
Responsabilités du bénéficiaire	12
Les responsabilités de Santé Canada	12
Manquement à la vérification	13
Annexes	14

1. Introduction

Aux termes d'un accord de contribution consolidé - intégré (ACC — intégré), la relation de reddition de comptes entre les chefs et conseils et le ministre de la Santé montre que l'on cherche à doter la collectivité d'un programme plus vaste et d'une souplesse financière accrue dans un cadre qui demande plus de visibilité et de reddition de comptes auprès des membres de la collectivité et du Parlement. Dans sa reddition de comptes au Parlement, le gouvernement fédéral fait des rapports sur toutes les activités qu'il a financées dans chaque ministère et sur les résultats obtenus. De la même manière, dans sa reddition de comptes aux membres de la collectivité, le conseil et l'administration de la Première nation doivent faire rapport sur la manière dont les fonds ont été dépensés et ce que les membres de la collectivité obtiennent en retour.

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.

2. Portée

Les présentes lignes directrices visent à décrire les exigences en matière de vérification de l'ACC — intégré de Santé Canada. Les lignes directrices portent sur plusieurs notions de base en vérification et elles visent à donner au lecteur une compréhension fondamentale des vérifications et de la relation avec l'accord de contribution, tout en traitant les vérifications exécutées au nom du bénéficiaire et les autres rapports annuels. Les vérifications ministérielles ne sont pas traitées dans les présentes lignes directrices mais dans les *Lignes directrices sur la vérification ministérielle de la DGSPNI*.

3. Définitions

Dans le contexte du présent guide, les termes ci-dessous sont définis comme suit :

Bénéficiaire

Organisation qui a signé un accord de transfert des services de santé, notamment une bande indienne, un district ou un conseil tribal, un conseil de santé indien ou inuit ou une organisation ou une société indienne ou inuite.

États financiers

Documents établis pour fournir aux utilisateurs des renseignements fiables sur les affaires financières d'une organisation. Dans le cas des Premières nations, les utilisateurs de ces documents peuvent être des banques, le gouvernement fédéral, d'autres organismes de financement et des membres des Premières nations. Les états financiers fournissent aussi à la Première nation concernée des renseignements financiers au sujet des organisations qui doivent lui rendre des comptes. Les états financiers doivent démontrer qu'une Première nation s'acquitte de son obligation de rendre compte des opérations financières et des ressources qui lui sont confiées. (Source : *Guide de vérification financière des Premières nations*, document établi par le groupe de travail de l'Assemblée des Premières nations et des comptables généraux.)

Exercice

Période d'un an qui commence le 1^{er} avril d'une année civile et se termine le 31 mars de l'année civile suivante.

Ministre

Le ministre fédéral de la Santé.

Région

Le bureau du directeur régional de la Direction générale des services médicaux de Santé Canada.

Vérificateur indépendant

Vérificateur indépendant du bénéficiaire qui est membre d'un organisme comptable reconnu par la province ou le territoire où le bénéficiaire a ses bureaux administratifs.

Vérification

Vérification menée par un vérificateur agréé indépendant accompagnée d'un avis sur :

- l'exactitude des états financiers;
- la pertinence des mécanismes de contrôle financier.

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.

Vérification ministérielle

Vérification des comptes, des dossiers et de la documentation d'appui menée par le ministre conformément aux conditions générales de l'accord de contribution.

4. Information générale - Vérifications

Qu'est-ce qu'une vérification?

En règle générale, la vérification est un examen des dossiers et des états financiers d'une entreprise ou d'un organisme faite par un comptable indépendant afin qu'il donne son avis quant à savoir si les états financiers présentent la situation financière avec impartialité à une date donnée et les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie terminés à cette date, conformément aux principes comptables généralement reconnus.

Pourquoi faire faire une vérification?

En général, la vérification a deux objectifs. Elle garantit au lecteur des états financiers que ces rapports, y compris l'état de la situation financière (le bilan) et l'état des résultats sont le reflet fidèle de la situation financière actuelle de l'organisation et présentent avec impartialité les recettes et les dépenses qui proviennent de l'exploitation ou de l'organisation pour la période visée. La vérification est aussi un outil de gestion. La lettre de recommandations préparée par le vérificateur indépendant fait ressortir les faiblesses dans les processus de gestion financière comptable qui s'appliquent et aide la direction (le bénéficiaire) à mettre au point un plan d'action pour y remédier, le cas échéant.

Santé Canada exige que les premières nations qui concluent un ACC-intégré fassent vérifier leurs dossiers financiers chaque année. L'ACC-intégré montre qu'un degré de contrôle plus élevé est transféré de Santé Canada au bénéficiaire. D'où la nécessité accrue de garantir, non seulement au gouvernement, mais aussi aux membres de la collectivité du bénéficiaire que les rapports financiers sont une représentation fidèle de la situation du bénéficiaire et de ses activités. De plus, comme le bénéficiaire a assumé davantage de responsabilités, avec les risques financiers y afférents, il est important qu'il soit au courant des faiblesses de sa gestion financière globale.

Types de vérification

Comme il est expliqué dans les définitions, il existe deux types de vérification que le bénéficiaire peut voir se dérouler au cours d'une certaine période dans le contexte de l'ACC-intégré. Il s'agit de la vérification externe (demandée par le

bénéficiaire, et de la vérification ministérielle (demandée par Santé Canada). Il est important de comprendre la différence entre les deux.

Vérification externe (demandée par le bénéficiaire)

La section relative aux exigences comptables et de vérification de l'ACC-intégré exige que le bénéficiaire soit vérifié par un vérificateur indépendant qui soit membre d'un ordre de comptables reconnu dans la province ou le territoire où le bénéficiaire a ses bureaux administratifs, et que la vérification soit menée conformément à la section des lignes directrices portant sur les vérifications faites à l'initiative du bénéficiaire.

Dans ce type de vérification, le bénéficiaire engage un vérificateur indépendant pour qu'il fasse la vérification. En général, le vérificateur examinera les processus financiers que le bénéficiaire a instauré pour gérer ses opérations financières. Le vérificateur examinera aussi les moyens de contrôle que le bénéficiaire a institués pour veiller à comptabiliser avec exactitude les opérations financières et protéger l'actif. Le vérificateur examinera les comptes pour déterminer si les opérations ont été convenablement comptabilisées. Et enfin, le vérificateur étudiera les dossiers pour voir s'il existe une documentation appropriée à l'appui d'opérations financières, comme les paiements et les réceptions de fonds. Quand il aura terminé, le vérificateur préparera un rapport qui exprimera un avis sur les conclusions de la vérification.

En général, lorsque le vérificateur a trouvé des faiblesses dans les processus d'exploitation de la gestion financière, dans les moyens de contrôle de la gestion, dans les comptes ou dans la documentation à l'appui, le bénéficiaire devrait élaborer un plan d'action pour mettre en oeuvre les mesures correctives.

Vérification ministérielle (demandée par Santé Canada)

Dans chacun des trois types d'accords de contribution utilisés par Santé Canada, les accords de contribution consolidés généraux, les accords de contribution consolidés intégrés et les accords de contribution consolidés -transfert, il se trouve une rubrique appelée Droit à la vérification pour le ministre. Ce droit permet au ministre de Santé Canada de mener la vérification des comptes et des dossiers du bénéficiaire ou de toute agence de celui-ci, en ce qui concerne le financement fourni en vertu du présent accord afin de garantir le respect des conditions générales de l'accord.

Bien que les motifs de la vérification soient les mêmes, la principale différence ici

tient au fait que la vérification a lieu, non seulement pour déterminer si les états financiers du bénéficiaire sont le reflet fidèle de la situation financière et de l'exploitation du bénéficiaire, mais également pour garantir que les activités et les états financiers proviennent d'une exécution conforme aux modalités de l'accord de contribution. Dans une vérification ministérielle, le ou les vérificateurs détermineront si le bénéficiaire a mené ses opérations conformément à l'accord de contribution. Ce type de vérification est seulement centré sur l'activité financière et sur les processus de gestion dans la mesure où ils concernent les programmes énumérés en vertu de l'accord.

Le vérificateur évalue aussi l'efficacité et l'efficience de la gestion de programme, il établit la qualité des mesures et des mécanismes de contrôle financier institués pour gérer les risques efficacement et il garantit le respect de politiques du Conseil du Trésor et de la DGSPNI, ainsi que les règles et règlements liés à la prestation de services de santé au Canada.

Tout en déterminant si les rapports financiers et autres exigés en vertu de l'accord ont été remplis correctement, le vérificateur peut voir (si l'accord stipule une exigence à cet égard), par exemple, si les relevés des maladies transmissibles ont été expédiés à l'organisme provincial approprié, si une assurance-responsabilité adéquate a été souscrite, si du personnel professionnel comme des infirmiers et infirmières fait partie de leur association des infirmières et des infirmiers provinciale. Le vérificateur se demandera aussi si des ressources ont été dépensées pour les activités visées en vertu de l'accord. Quand il aura terminé, le vérificateur, comme dans le cas d'une vérification externe, préparera un rapport où il donnera son avis sur les conclusions qu'il a tirées. Consulter les *Lignes directrices sur la vérification ministérielle de la DGSPNI*, pour plus de détails sur les vérifications ministérielles.

Le vérificateur donnera normalement son avis dans l'une des trois formes suivantes : une opinion sans réserve, une opinion avec réserve ou une récusation (opinion défavorable du vérificateur).

Opinion sans réserve

Le vérificateur donnera son opinion sans réserve lorsque, d'après l'examen, il a été établi que les rapports financiers sont le reflet fidèle de la situation et de l'activité financières de l'organisation, conformément aux principes comptables généralement reconnus (PCGR)

Opinion avec réserve

Il s'agit d'une déclaration qui figure sur la première page de la vérification faite par un vérificateur professionnel. Une opinion avec réserve signifie que les renseignements qui sont fournis étaient d'une portée limitée ou que l'entité vérifiée n'avait pas respecté les principes de vérification généralement reconnus (PVGR).

Le vérificateur fournira une opinion avec réserve si, d'après l'examen, il a été établi que les rapports financiers, sous réserve des exceptions notées, sont le reflet fidèle de la situation financière et des résultats d'exploitation. Dans certains cas, les exceptions peuvent être importantes et justifier un retraitement des rapports financiers pour régler les effets du manquement sur la situation financière, l'activité financière ou les deux.

Récusation (opinion défavorable du vérificateur)

Il s'agit d'un avis professionnel donné par un vérificateur indiquant que les états financiers d'une organisation sont faux, erronés et ne reflètent pas son rendement financier et sa santé financière avec exactitude.

Dans certains cas, le vérificateur se récusera si, d'après l'examen, il ne lui a pas été possible de déterminer avec assurance que les rapports financiers de l'organisation étaient fidèles. Des faits, comme le défaut pour l'organisation de tenir des comptes adéquats et une absence importante de dossiers justificatifs des opérations, seraient un motif pour se récuser.

5. Exigences en matière de vérification - vérification externe (demandée par le bénéficiaire)

Qualifications du vérificateur

Le bénéficiaire conclura un contrat avec un vérificateur qualifié pour exécuter la vérification. Pour être considéré comme un vérificateur qualifié, le vérificateur doit :

- être indépendant et il ne doit pas être un employé du bénéficiaire;
- être qualifié et membre d'un ordre reconnu de comptables dans la province ou le territoire approprié.

Le contrat de vérification

Le bénéficiaire conclura un contrat avec un particulier ou avec une entreprise pour obtenir des services de vérification. Le contrat de vérification devra comprendre :

- un résumé des responsabilités du bénéficiaire;
- un résumé des responsabilités du vérificateur, y compris pour les extraits (par exemple, le rapport sur les dépenses de santé) et le calendrier ou l'échéance du rapport du vérificateur;
- le but et la nature de la vérification;
- la limite de la vérification;
- la portée de la vérification, y compris les détails à régler et les rapports à produire;
- les conditions de la prestation de services de vérification et financiers supplémentaires à fournir; et une copie des lignes directrices (comme référence pour le vérificateur);
- Les premières nations voudront peut-être envisager d'avoir une clause de retenue de paiement dans leurs contrats comme mesure supplémentaire pour garantir que toutes les conditions générales ont été respectées par le vérificateur engagé.

Les extraits de la vérification

Rapport du vérificateur

Le rapport du vérificateur traite du caractère adéquat des contrôles financiers et atteste du respect ou non des principes comptables généralement reconnus.

Le rapport du vérificateur inclura les éléments suivants :

- un avis sur l'exactitude des rapports financiers et le respect des principes comptables généralement reconnus;
- l'annexe suivante : Rapport sur les dépenses de santé (annexe B)

Remarque : Ces deux rapports fournissent des éléments d'information et une visibilité, dans le rapport du vérificateur du bénéficiaire, en matière de dépenses de fonds pour les programmes et les services de santé. Certains bénéficiaires fournissent des rapports du vérificateur consolidés pour l'ensemble de leur exploitation, et les recettes et dépenses de Santé Canada sont mises en évidence mais de façon sommaire. Pour un exemple complet du rapport dérivé du vérificateur, veuillez consulter l'annexe A. Une autre option consiste pour le bénéficiaire à fournir un rapport du vérificateur complet seulement pour les programmes de Santé Canada en donnant les détails appropriés.

Rapport sur les dépenses de santé (Annexe B)

Le « Rapport sur les dépenses de santé » montrera les dépenses totales en programmes de santé pour l'exercice antérieur en vertu du programme ou des services stipulés dans l'accord entre le bénéficiaire et Santé Canada. Les bénéficiaires peuvent choisir d'utiliser le format existant d'établissement de rapports de la DGSPNI comme point de départ pour remplir le « Rapport sur les dépenses de santé » (annexe B). À titre indicatif seulement, l'annexe C énumère les programmes ou les services.

La dernière partie du « Rapport sur les dépenses de santé » constitue un élément d'information, pour le même exercice, sur les fonds reçus d'autres organismes et gouvernements à des fins de santé.

Remarque : Le Rapport sur les dépenses de santé (Annexe B) sera inclus dans le rapport du vérificateur en tant qu'annexe.

Responsabilités du bénéficiaire

La section *Exigences comptables et en matière de vérification* de l'ACC - intégré (Phases I et II) exige que le bénéficiaire :

- consigne avec exactitude les renseignements relatifs au programme et les opérations financières, et établit tous les rapports et états, comme il est stipulé dans l'accord;
- conserve et tienne tous les comptes, les documents financiers et les documents justificatifs pour une période de sept (7) ans à moins que le ministre ne l'en informe autrement par écrit;
- mette les dossiers et les rapports relatifs au programme, aux finances et à l'administration à la disposition du vérificateur, et l'aide, au besoin;

Le bénéficiaire devrait éviter le double emploi et le gaspillage de ressources, en coordonnant et en planifiant cette vérification en tenant compte de toutes les autres vérifications effectuées par d'autres ministères fédéraux et faire en sorte que les membres de la collectivité aient accès à un exemplaire des rapports susmentionnés

Responsabilités de Santé Canada

La section *Exigences comptables et en matière de vérification* de l'ACC - intégré (Phases I et II) exige que la DGSPNI avise le bénéficiaire dans les 30 jours de la réception du rapport du vérificateur.

Le bureau régional de la DGSPNI est chargé de l'examen du rapport, y compris des annexes, et de garantir que les mesures de suivi appropriées soient prises en ce qui concerne l'avis et les observations exprimés par le vérificateur :

- en communiquant avec le bénéficiaire en ce qui concerne les opinions et les observations du vérificateur;
- à la demande du bénéficiaire, en aidant le bénéficiaire à élaborer un plan d'action corrective, le cas échéant;
- en veillant sur une base régulière, et au moyen des vérifications subséquentes, à ce que des mesures correctives aient été prises par le bénéficiaire.

Manquement à la vérification

Dans les cas de manquement du bénéficiaire à son obligation de fournir au ministre un rapport du vérificateur, la section sur les *Recours contre le manque* de l'ACC-intégré permet au ministre :

- de demander qu'un vérificateur indépendant, reconnu dans la province où l'accord a été signé, soit nommé immédiatement par le bénéficiaire, aux frais de ce dernier, et que les états financiers vérifiés soient remis dans un délai raisonnable comme le ministre peut le fixer;
- de nommer un vérificateur indépendant reconnu dans la province où l'accord a été signé, auquel cas
 - le bénéficiaire permettra au vérificateur nommé par le ministre d'accéder librement à ses dossiers financiers et lui fournira tous les renseignements que le vérificateur pourra exiger pour faire la vérification;
 - le bénéficiaire remboursera à Santé Canada tous les frais engagés pour la vérification.

Annexe A
Rapport dérivé du vérificateur - Exemple

Exemple seulement

GLASGOW & BROWN
CHARTERED ACCOUNTANTS
Peter Glasgow, CA
Sue Brown
125, 5th St.
Edmonton (Alberta)

Dest. : Ministre de la santé
a/s directeur régional
Albert Region
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada

J'ai vérifié l'état (consolidé) de la situation financière de la Première nation de Earth au 31 mars 2003 et les états des recettes et dépenses et de l'évolution de la situation financière de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la Première nation de Earth. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À mon avis, ces états financiers (consolidés) donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de la Première nation de Earth au 31 mars 2003 ainsi que des résultats de son exploitation et de l'évolution de sa situation financière pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus.

Glasgow and Brown
Edmonton (Alberta)
Le 15 juin 2003

Comptables agréés
(Signé).....

CA/CGA/CMA

Annexe B
Rapport sur les dépenses de santé (annexe)

PREMIÈRE NATION
ANNEXE DES RECETTES ET DÉPENSES DE SANTÉ (EXEMPLE)

	EXERCICE EN COURS		CHIFFRES POUR L'EXERCICE ANTÉRIEUR
	BUDGET	RÉEL	
RECETTES			
<u>Santé Canada (SC)</u>	500 000 \$	500 000 \$	490 000 \$
<u>Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC)</u>	20 000	20 000	15 000
<u>Autres recettes</u>	10 000	15 000	3 000
	<u>530 000</u>	<u>535 000</u>	<u>508 000</u>
DÉPENSES			
<u>Services de santé communautaire intégrés</u>			
<u>Gestion et soutien</u>	42 000	42 000	42 000
<u>Représentant en santé communautaire (RSC)</u>	40 000	40 000	40 000
<u>Fonctionnement et entretien (F&E)</u>	35 000	35 000	35 000
<u>Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et de drogues chez les Autochtones</u>	48 000	48 000	48 000
<u>Pour des communautés en bonne santé (CBS)</u>	95 000	95 000	85 000
<u>Programmes ciblés</u>			
<u>Programme de soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC)</u>	110 000	110 000	110 000
<u>Programme canadien de nutrition prénatale</u>	15 000	15 000	15 000
<u>Programme de services de santé non assurés</u>			
<u>Transport direct</u>	90 000	90 000	90 000
<u>Administration du transport</u>	25 000	25 000	25 000
<u>Autres</u>			
<u>Projet des AINC</u>	20 000	20 000	15 000
<u>Projet de la PN</u>	10 000	10 000	0
	<u>530 000</u>	<u>530 000</u>	<u>505 000</u>
EXCÉDENT (MANQUE À GAGNER) DES RECETTES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES	0 \$	5 000 \$	3 000 \$

-
- Remarques :**
- 1) L'exemple ci-dessus doit être utilisé à titre de guide pour la préparation de l'annexe.
 - 2) Les recettes et les dépenses doivent être présentées par provenance.
 - 3) Les programmes individuels de Santé Canada doivent faire l'objet de rapports distincts.

Annexe C

Liste des programmes ou services de la DGSPNI

REMARQUE: Il s'agit d'un modèle de liste qui n'est fourni que pour aider la bande à choisir d'utiliser le format d'établissement de rapports sur les activités de la DGSPNI afin de pouvoir remplir le « Rapport sur les dépenses de santé » (Annexe B). Services de soutien à la gestion.

Services de santé

Initiative sur le diabète chez les Autochtones

Aide préscolaire aux Autochtones

Grandir ensemble

Pour des communautés en bonne santé - intervention d'urgence en santé mentale

Pour des communautés en bonne santé - l'abus de solvants

Programme canadien de nutrition prénatale

Promotion de la santé communautaire et prévention des maladies et des blessures

Soins primaires des programmes de santé communautaire (SPPSC)

Hygiène du milieu

Les troubles du spectre de l'alcoolisation foetale (TSAF)

Système d'information sur la santé des Premières nations (SISPN)

Soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (SDMCPNI)

Carrières de la santé

Consultations en santé

Stratégie sur le VIH/sida

Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA)

Programme de services de santé non assurés (SSNA)

Planification de pré-transfert

Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme

Stratégie d'élimination de la tuberculose

Immobilisations

Centres de traitement