# Rapport de suivi sur le Système de contrôle qualité — Exercice 2016-2017

Bureau du vérificateur général du Canada

Office of the Auditor General of Canada

Dans le présent rapport, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Le rapport est également diffusé sur notre site Web à l'adresse www.oag-bvg.gc.ca.

*This document is also available in English.*

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le vérificateur général du Canada, 2018.

N° de catalogue FA1-17F-PDF
ISSN 2291-8167

# Table des matières


**Résumé** 1

**Introduction** 7

**Constatations, recommandations et réponses** 9

**Conception du Système de contrôle qualité — Caractère adéquat et pertinence** . . . . . 9

Éléments exigés aux termes de la Norme canadienne de contrôle qualité . . . . . 9

Consignation et communication des politiques et des procédures . . . . . 9

Surveillance et mise à jour . . . . . 10

Réponses aux recommandations formulées dans les rapports de suivi antérieurs . . . . . 11

**Efficacité du fonctionnement du Système de contrôle qualité à l'échelle du Bureau** . . . . . 12

Culture interne valorisant la qualité . . . . . 12

Règles de déontologie pertinentes . . . . . 14

Acceptation et maintien des missions . . . . . 16

Personnel en nombre suffisant, compétence, capacité et respect des règles de déontologie . . . . . 17

Plaintes et allégations . . . . . 22

Processus de suivi . . . . . 22

Cas de rapports inappropriés et de procédures omises . . . . . 23

**Efficacité du fonctionnement du Système de contrôle qualité à l'échelle des missions** . . . . . 24

Consultation avec les spécialistes du Bureau . . . . . 24

Conformité aux normes professionnelles régissant le contrôle qualité . . . . . 25

Évaluation et documentation des compétences des équipes de mission . . . . . 27

Documentation des consultations menées par les équipes de mission . . . . . 28

# Résumé

**Ce que nous avons conclu**

À la lumière des travaux de suivi effectués durant l'exercice 2016-2017, nous avons conclu qu'il y avait une assurance raisonnable que :

- les politiques et procédures liées au Système de contrôle qualité du Bureau du vérificateur général du Canada étaient pertinentes et adéquates. Nous n'avons relevé aucune déficience.
- le Système de contrôle qualité fonctionnait efficacement à l'échelle du Bureau. Nous avons relevé, à l'échelle du Bureau, trois déficiences de catégorie 3 (déficiences isolées) qui n'ont pas compromis l'efficacité du fonctionnement du Système de contrôle qualité. Nous n'avons relevé aucune déficience des catégories 1 (déficience grave) et 2 (déficience systémique, répétitive ou importante).
- le Système de contrôle qualité fonctionnait efficacement à l'échelle des missions, car tous les dossiers examinés étaient soit conformes ou conformes tout en nécessitant des améliorations. Nous avons relevé, à l'échelle des missions, un certain nombre de déficiences de catégorie 3, sept déficiences de catégorie 2 et aucune déficience de catégorie 1. Les rapports que le Bureau a produits étaient appropriés aux circonstances des missions examinées par l'Équipe de la revue des pratiques et de l'audit interne.

**Ce que nous avons examiné**

Le suivi a notamment comporté une évaluation de la conception et de la mise en œuvre du Système de contrôle qualité du Bureau. L'évaluation de la conception du Système a permis de déterminer dans quelle mesure ses politiques et ses procédures étaient pertinentes et adéquates. L'évaluation de la mise en œuvre du Système a porté sur l'efficacité de son fonctionnement.

**Recommandations et réponses**

Le tableau 1, ci-après, décrit les secteurs susceptibles d'être améliorés ayant trait au Système de contrôle qualité pour lesquels des recommandations ont été formulées, y compris celles formulées au cours de l'exercice 2016-2017 et celles des exercices précédents qui restaient à mettre en œuvre. Le tableau 1 ne répète pas les observations figurant dans les rapports de revue des pratiques.

**Tableau 1 Liste des déficiences, recommandations et réponses**

| Déficience et cote | Recommandation | Réponse de la direction |
|---|---|---|
| **Catégorie 3 — Déficience isolée (à l'échelle du Bureau)**<br><br>Le Cadre de gestion du personnel ainsi que les politiques et les procédures afférentes des Ressources humaines n'étaient pas assortis d'une stratégie de recrutement officielle. | Les responsables des Ressources humaines devraient élaborer une stratégie de recrutement officielle qui permettrait à l'organisation d'embaucher, de façon efficace, suffisamment de personnel ayant les compétences et les capacités requises et la volonté de se conformer aux principes déontologiques. | Le Bureau a mis en œuvre la Stratégie de renouvellement des ressources humaines pour répondre aux besoins en matière de dotation interne et externe qui découlent de l'Examen stratégique et fonctionnel.<br><br>La Stratégie de renouvellement des ressources humaines a été affichée sur l'INTRAnet au printemps 2017.<br><br>Voir le paragraphe 69 du présent rapport. |
| **Catégorie 3 — Déficience isolée (à l'échelle du Bureau)**<br><br>Le Bureau n'a pas consigné d'informations sommaires sur la nature et l'étendue des consultations avec les spécialistes internes. | Les responsables des Services d'audit devraient établir et communiquer des exigences et des directives sur la documentation d'informations sommaires ayant trait à la nature et à l'étendue des consultations avec les spécialistes internes. | Au printemps 2017, les responsables des Services d'audit ont établi et communiqué des exigences et des directives sur la documentation d'informations sommaires ayant trait à la nature et à l'étendue des consultations avec les spécialistes internes.<br><br>Voir le paragraphe 105 du présent rapport. |

**Tableau 1 Liste des déficiences, recommandations et réponses (suite)**

| Déficience et cote | Recommandation | Réponse de la direction |
|---|---|---|
| **Catégorie 3 — Déficience isolée (à l'échelle du Bureau)**<br><br>Même si l'examen du « profil réaliste pour les audits » a aidé à évaluer les besoins en matière de personnel, ce dernier a été réalisé seulement une fois toutes les quelques années. | Les pratiques d'audit devraient procéder à des examens plus fréquents du caractère suffisant des effectifs (capacité) et du caractère approprié des principales hypothèses utilisées. | Recommandation acceptée — La pratique d'audit d'états financiers a récemment établi un nouveau profil réaliste pour appuyer les demandes de financement du Bureau du vérificateur général du Canada. Ce nouveau profil a été élaboré en tenant compte de la réévaluation des produits et de leurs budgets, de la productivité de chaque niveau de personnel et d'autres données. La pratique d'audit d'états financiers a aussi entrepris de relever et de mesurer les principales variables liées à la capacité, telles que le travail supplémentaire, les contrats avec des généralistes et le rendement pour ce qui est du respect des échéances et du budget. Ces mesures seront communiquées régulièrement au cours de la prochaine période des audits d'états financiers.<br><br>À la fin de la période d'audit courante (automne 2018) et une fois l'an par la suite, la pratique d'audit d'états financiers examinera chaque variable liée à la capacité par rapport à la pertinence de chaque élément, les progrès par rapport aux cibles établies et l'incidence générale sur la capacité de la pratique de livrer les produits attendus. Les résultats de cette évaluation dicteront les mesures à prendre lorsque nécessaire, notamment la possibilité de réviser les hypothèses, d'améliorer les processus internes ou d'élaborer des plans de contingence.<br><br>De la même manière, en décembre 2017, la pratique des missions d'appréciation directe a établi et approuvé un profil d'équipe réaliste (souhaité). Le résultat que donneront nos demandes de financement déterminera s'il faut réviser ce profil. Si c'est le cas, nous agirons en conséquence. De plus, il faudra faire plus de travaux pour analyser l'étendue générale des formations scolaires et techniques, et de l'expertise de la pratique. Certains aspects de l'analyse dépendront de la possibilité d'obtenir de meilleurs renseignements de notre système d'information des ressources humaines. Cet exercice devrait être terminé d'ici mars 2019.<br><br>Voir le paragraphe 64 du présent rapport. |

**Tableau 1 Liste des déficiences, recommandations et réponses (suite)**

| Déficience et cote | Recommandation | Réponse de la direction |
|---|---|---|
| **Catégorie 3 — Déficience isolée (à l'échelle des missions)**<br>Il est possible que le processus d'archivage des dossiers de mission du Bureau ne puisse garantir que la documentation a été achevée au plus tard dans le délai établi de 60 jours. | Le Bureau devrait resserrer les contrôles à l'égard de la documentation des missions en ajoutant la possibilité de vérifier que la documentation a été achevée dans le délai établi de 60 jours. | Recommandation acceptée — La Gestion de l'information et des dossiers verra à se coordonner avec la direction appropriée pour que les dates des missions soient communiquées régulièrement.<br>Voir le paragraphe 115 du présent rapport. |

L'Équipe de la revue des pratiques et de l'audit interne a relevé les déficiences (un certain nombre de déficiences de catégorie 3 et sept déficiences de catégorie 2), présenté les constatations de non-conformité à des éléments précis du Système de contrôle qualité et formulé des recommandations sur l'efficacité du fonctionnement à l'échelle des missions pour les pratiques d'audit d'états financiers et de missions d'appréciation directe. Vous pouvez consulter les recommandations dans les rapports suivants, publiés sur le site Web du Bureau :

- *Rapport sur la revue des pratiques des missions d'appréciation directe — Pour les missions d'appréciation directe réalisées au cours de l'exercice 2016-2017*;
- *Rapport sur la revue des pratiques d'audits d'états financiers — Pour les audits d'états financiers complétés au cours de l'exercice 2016-2017*.

**Constatations tirées de la revue des missions d'appréciation directe —** L'Équipe de la revue des pratiques et de l'audit interne a relevé les déficiences de catégorie 2 (déficiences systémiques, répétitives ou importantes) suivantes et formulé des recommandations à ce sujet. Le numéro de paragraphe entre parenthèses indique l'emplacement de la constatation dans le *Rapport sur la revue des pratiques des missions d'appréciation directe — Pour les missions d'appréciation directe réalisées au cours de l'exercice 2016-2017*.

- Confirmation de l'indépendance — Nous avons constaté qu'il manquait des formulaires de confirmation de l'indépendance dans quatre des dossiers que nous avons revus pour des personnes qui répondaient à la définition de membre de l'équipe de mission. De fait, il manquait dix formulaires en tout dans ces dossiers. Nous avons donc demandé aux responsables de ces missions de rouvrir les dossiers d'audit pour s'assurer que l'indépendance de chaque membre de l'équipe de mission était évaluée et documentée. Nous leur avons demandé de communiquer à la dirigeante principale de l'audit interne tout conflit relevé, le cas échéant. (Voir le paragraphe 23.)

- Confirmation de l'indépendance — Nous avons aussi constaté que des membres de certaines équipes de mission avaient imputé des heures à la mission avant d'avoir rempli leur formulaire de confirmation de l'indépendance. Après avoir examiné 94 formulaires, nous avons constaté que plus du tiers des membres des équipes avaient imputé des heures à la mission avant d'avoir rempli leur formulaire de confirmation de l'indépendance. Ils ont, en moyenne, imputé environ 15 heures à leur mission avant de remplir un formulaire. Par ailleurs, nous avons relevé des cas où des personnes avaient imputé plus de 30 heures à leur mission sur une période de plusieurs mois avant de remplir un formulaire. (Voir le paragraphe 24.)
- Confirmation de l'indépendance — Nous avons constaté que certains responsables de mission avaient tardé à revoir et à approuver les formulaires de confirmation de l'indépendance pour cinq des six dossiers d'audit que nous avons revus. Ces cinq dossiers ont été évalués par rapport à cette exigence comme étant conformes, tout en nécessitant des améliorations. En tout, 80 formulaires de confirmation de l'indépendance avaient été consignés dans ces cinq dossiers. Nous avons noté que pour environ la moitié des formulaires que nous avons examinés, des membres de l'équipe de mission avaient imputé, en moyenne, 40 heures à l'audit avant que le responsable de la mission n'ait revu et approuvé leur formulaire. Dans sept cas, ce sont plus de 100 heures qui avaient été imputées à l'audit avant la revue et l'approbation du formulaire. (Voir le paragraphe 29.)
- Sécurité des renseignements sensibles — Dans notre *Rapport sur la revue des pratiques des missions d'appréciation directe — Pour les missions d'appréciation directe réalisées au cours de l'exercice 2015-2016*, nous avions noté que le personnel d'audit devait prendre connaissance de la politique sur la sécurité du Bureau et que tout document sauvegardé dans TeamMate devait être évalué par rapport à cette politique et désigné selon le niveau de sécurité approprié. Lors de notre revue des dossiers de cette année, nous avons remarqué qu'il restait encore des progrès à faire pour respecter la politique de sécurité du Bureau. De fait, cinq des six dossiers que nous avons revus contenaient des documents qui n'étaient pas désignés correctement selon la politique sur la sécurité du Bureau. (Voir le paragraphe 33.)
- Revue du contrôle qualité — Un responsable de la revue de contrôle qualité avait été désigné pour trois des dossiers d'audit que nous avons sélectionnés pour notre revue. Pour deux de ces dossiers, les travaux réalisés par le responsable de la revue de contrôle qualité répondaient aux exigences de la politique du Bureau. Lors de la revue du troisième dossier, nous avons constaté que la revue du contrôle qualité n'était pas conforme aux exigences. Nous n'avons pas

pu confirmer que le responsable de la revue de contrôle qualité s'était acquitté de toutes les responsabilités minimales qui lui incombaient. Par exemple, nous n'avons trouvé aucun élément dans le dossier d'audit prouvant qu'il avait revu les documents d'audit clés, notamment les formulaires de confirmation de l'indépendance, les rapports d'exception et l'évaluation des risques de mission. Résultat, le rapport de certification a été daté et délivré même si la revue du contrôle qualité était incomplète et n'avait pas été entièrement documentée. (Voir le paragraphe 39.)

**Constatations tirées de la revue des audits d'états financiers —** L'Équipe de la revue des pratiques et de l'audit interne a relevé les déficiences de catégorie 2 (déficiences systémiques, répétitives ou importantes) suivantes et formulé des recommandations à ce sujet. Le numéro de paragraphe entre parenthèses indique l'emplacement de la constatation dans le *Rapport sur la revue des pratiques d'audits d'états financiers — Pour les audits d'états financiers complétés au cours de l'exercice 2016-2017*.

- Formulaire de confirmation de l'indépendance — Nous avons constaté que les sept dossiers examinés n'étaient pas conformes à l'une des exigences de la politique du Bureau sur l'indépendance. Nous avons noté que des membres de l'équipe de mission avaient imputé des heures à l'audit avant d'avoir rempli leur formulaire de confirmation de l'indépendance. (Voir le paragraphe 20.)
- Formulaire de confirmation de l'indépendance — Lors de notre revue, nous avons remarqué que certains responsables de mission avaient tardé à revoir et à approuver les formulaires de confirmation de l'indépendance. Les sept dossiers que nous avons examinés ont été évalués par rapport à cette exigence comme étant conformes, tout en nécessitant des améliorations. En effet, nous avons noté que pour les deux tiers des plus de 150 formulaires de confirmation de l'indépendance qui ont été examinés par l'Équipe de la revue des pratiques et de l'audit interne, les membres de l'équipe de mission avaient imputé, en moyenne, 29 heures à l'audit avant que le responsable de la mission ait revu et approuvé les formulaires. Nous avons constaté de nombreux cas où plus de 40 heures ont été imputées à l'audit avant la revue et l'approbation du formulaire. (Voir le paragraphe 27.)

# Introduction

**À propos de la Norme canadienne de contrôle qualité**

1. La Norme canadienne de contrôle qualité 1 (NCCQ 1), publiée par le Conseil des normes d'audit et de certification, exige qu'un système de contrôle qualité applicable à toutes les missions de certification soit mis en place et maintenu.

2. Ce système fournit une assurance raisonnable que le Bureau du vérificateur général du Canada et les membres de son personnel se conforment aux normes professionnelles et aux exigences des textes légaux et réglementaires, et que les rapports d'audit produits par le Bureau sont appropriés aux circonstances.

**Exigences de la Norme canadienne de contrôle qualité**

3. Le suivi du respect des politiques et procédures du système de contrôle qualité vise à évaluer si le Bureau :

- respecte les normes professionnelles et les exigences des textes légaux et réglementaires applicables;
- a conçu un système de contrôle qualité approprié dont le fonctionnement est efficace;
- a appliqué de manière appropriée les politiques et procédures de son système de contrôle qualité de telle sorte que ses rapports soient appropriés aux circonstances.

4. Le Bureau est tenu de communiquer tous les ans les résultats du suivi effectué au vérificateur général et à la direction. Il doit également recommander des mesures correctives appropriées, au besoin. Le présent rapport répond à cette exigence.

**Processus de suivi**

5. Le processus de suivi du Bureau se divise en deux parties distinctes :

- **Suivi annuel** — Il s'agit d'une évaluation annuelle de la conception et du fonctionnement des politiques et des procédures du Système de contrôle qualité du Bureau, à l'exclusion de l'inspection de dossiers de mission particuliers.
- **Revue des pratiques** — Il s'agit de l'inspection cyclique de dossiers de mission définitivement constitués au cours de laquelle, pour chacun des responsables de mission, une mission réalisée est passée en revue au moins une fois tous les quatre ans. Les résultats de la revue des pratiques sont pris en compte lors du suivi annuel et sont communiqués dans un rapport distinct.

**Système de notation**

6. Dans le cadre du processus de suivi annuel, les déficiences relevées sont évaluées et classées dans l'une des catégories suivantes :

- **Catégorie 1 — Déficience grave :** Déficience qu'il faut corriger immédiatement pour assurer le respect des normes professionnelles et des exigences des textes légaux et réglementaires applicables.
- **Catégorie 2 — Déficience systémique, répétitive ou importante :** Déficience qu'il faut corriger rapidement en prenant les mesures nécessaires ou en modifiant les politiques et procédures du Bureau.
- **Catégorie 3 — Déficience isolée :** Déficience à examiner, mais qui n'indique pas que le Système de contrôle qualité du Bureau est déficient ou que les rapports d'audit produits ne sont pas appropriés.

7. Les déficiences de catégorie 1 et de catégorie 2 sont considérées comme des faiblesses majeures qui pourraient empêcher le Bureau d'atteindre les objectifs de la NCCQ 1.

**Ce que présente le rapport**

8. Le présent rapport porte sur les deux parties distinctes du processus de suivi :

- un compte rendu détaillé du suivi annuel effectué par le Bureau;
- les résultats sommaires du *Rapport sur la revue des pratiques des missions d'appréciation directe — Pour les missions d'appréciation directe réalisées au cours de l'exercice 2016-2017* et du *Rapport sur la revue des pratiques d'audits d'états financiers — Pour les audits d'états financiers complétés au cours de l'exercice 2016-2017*.

**Période visée par l'examen**

9. Le suivi a porté sur la période allant du 1er avril 2016 au 31 mars 2017. Nous avons terminé nos travaux de suivi le 30 novembre 2017.

**Équipe d'audit**

10. L'équipe d'audit était composée des personnes suivantes :

- Stuart Barr, vérificateur général adjoint;
- Gregg Ruthman, directeur principal;
- Caroline Jean, directrice.

# Constatations, recommandations et réponses

## Conception du Système de contrôle qualité — Caractère adéquat et pertinence

**Message général**

11. Dans l'ensemble, nous avons constaté que la conception du Système de contrôle qualité du Bureau du vérificateur général du Canada était adéquate et pertinente en vue de satisfaire aux exigences de la Norme canadienne de contrôle qualité 1 (NCCQ 1).

### Éléments exigés aux termes de la Norme canadienne de contrôle qualité

**Ce que nous avons constaté**

12. Nous avons constaté que le Système de contrôle qualité du Bureau comprenait des politiques et procédures visant les six éléments exigés aux termes de la NCCQ 1.

**Ce que nous avons examiné**

13. Nous avons examiné les résultats des évaluations réalisées antérieurement lors du suivi de 2015-2016, les méthodes et les politiques et procédures relatives au Système de contrôle qualité du Bureau, ainsi qu'un tableau de concordance détaillé qui établit des liens entre les exigences de la NCCQ 1 et la conception du Système.

### Consignation et communication des politiques et des procédures

**Ce que nous avons constaté**

14. Nous avons constaté que le Bureau avait consigné par écrit les politiques et procédures relatives à son Système de contrôle qualité et qu'il les avait communiquées aux membres de son personnel.

**Ce que nous avons examiné**

15. Nous avons examiné comment le Bureau avait consigné par écrit et communiqué l'information sur le Système de contrôle qualité (quant à sa disponibilité et à son accessibilité) pour avoir l'assurance qu'il décrivait les politiques et procédures relatives au Système de contrôle qualité en vigueur et les objectifs qui s'y rattachent.

**Observation à l'appui de la constatation**

16. Le Bureau a consigné par écrit les politiques et procédures relatives au Système de contrôle qualité et il les a communiquées principalement au moyen de manuels portant sur ses deux gammes de produits (audits d'états financiers et missions d'appréciation directe), des bibliothèques de procédures pour chaque gamme de produits et de l'INTRAnet.

17. Les manuels décrivent les politiques et procédures relatives au Système de contrôle qualité à appliquer et les objectifs qui s'y rattachent.

18. Le manuel sur le Système de contrôle qualité indique clairement ce qui suit :

- chaque auditeur est personnellement responsable de la qualité des travaux et doit se conformer aux politiques et procédures en vigueur;
- les équipes d'audit sont chargées de mettre en œuvre les procédures de contrôle qualité qui s'appliquent à leur mission de certification;
- les équipes d'audit sont chargées de fournir au Bureau de l'information pertinente afin d'assurer le bon fonctionnement du Système de contrôle qualité.

## Surveillance et mise à jour

**Ce que nous avons constaté**

19. Nous avons constaté que le Système de contrôle qualité était à jour. Le Bureau a instauré un processus pour faire le suivi des méthodes, de la formation, des outils et du soutien rattachés au Système, et pour les mettre à jour au besoin.

**Ce que nous avons examiné**

20. Nous avons examiné l'évolution des normes professionnelles et des exigences des textes légaux et réglementaires ainsi que les améliorations, les mises à jour et les correctifs apportés aux politiques et aux procédures du Système de contrôle qualité du Bureau. Nous avons vérifié si les changements apportés avaient été intégrés, lorsqu'il y avait lieu, aux politiques et aux procédures.

**Observation à l'appui de la constatation**

21. Le Bureau a actualisé ses méthodes annuellement dans le cas des mises à jour majeures et ponctuellement lorsque des mises à jour étaient urgentes.

22. Des employés compétents ont été chargés d'assurer le suivi et la mise à jour des méthodes et ont dû en rendre compte. Ils ont réalisé ces activités en temps opportun, fait des suivis et pris des mesures correctives au besoin.

23. Le Bureau dispose d'un processus pour faire le suivi des observations formulées par les ordres et instituts provinciaux, dans le cadre de leurs inspections des pratiques, et par le Conseil canadien sur la reddition de comptes. Ce processus permet de déterminer si le Système de contrôle qualité peut être amélioré en vue d'aider les professionnels en exercice à éviter les problèmes relevés par ces autres cabinets.

24. Le site INTRAnet du Bureau contient les avis de modification des méthodes (mises à jour des méthodes, interprétations des normes et notifications). Ces avis constituent des communications ciblées pour les auditeurs et permettent de suivre la chronologie des changements apportés aux méthodes d'audit.

25. Le Bureau a élaboré un modèle de publication pour faciliter l'actualisation des méthodes d'audit. Ce modèle définit clairement les rôles et responsabilités de chacun en matière de suivi et de mise à jour des méthodes. Il permet d'assurer l'exactitude et l'intégrité des politiques et procédures relatives au Système de contrôle qualité qui sont diffusées.

26. L'Équipe des méthodes d'audit annuel est responsable d'appliquer chaque semaine un processus visant à surveiller et à relever les changements qui sont proposés par les organismes de normalisation canadiens et internationaux.

27. Le Bureau a conclu une alliance stratégique avec PricewaterhouseCoopers qui lui donne le droit d'utiliser les méthodes et les mises à jour des méthodes d'audit de ce cabinet. Grâce à cette alliance, PricewaterhouseCoopers a transmis au Bureau les changements apportés à ses méthodes d'audit. Le Bureau a utilisé cette information fournie par PricewaterhouseCoopers pour mettre à jour ses propres politiques et procédures liées au Système de contrôle qualité.

28. Le Bureau surveille les activités des organismes de normalisation qui encadrent l'audit législatif. Cela donne lieu à des échanges officiels et informels avec les équipes des méthodes et à un suivi des normes professionnelles applicables. Divers membres de l'équipe de direction ont participé aux activités des organismes de normalisation.

29. Le Bureau consulte les Services juridiques annuellement au sujet des modifications apportées aux textes légaux et réglementaires qui ont un effet sur les méthodes du Bureau.

30. Les responsables de mission ont surveillé l'évolution des lois habilitantes ainsi que des lois et des règlements administratifs des entités qu'ils auditent. Les vérificateurs généraux adjoints et les directeurs principaux responsables d'entités ont noué des relations stratégiques avec la haute direction des entités qu'ils auditaient.

## Réponses aux recommandations formulées dans les rapports de suivi antérieurs

**Ce que nous avons constaté**

31. Nous avons constaté que le Bureau avait donné suite aux recommandations formulées dans les rapports de suivi antérieurs.

**Ce que nous avons examiné**

32. Nous avons examiné les réponses aux recommandations formulées dans les rapports de suivi antérieurs.

**Observation à l'appui de la constatation**

33. **Rapports de suivi antérieurs** — Le *Rapport de suivi sur le Système de contrôle qualité — Exercice 2015-2016* n'a signalé aucune déficience grave dans le Système de contrôle qualité. Trois problèmes « isolés » avaient toutefois été signalés. Il a été déterminé que ces problèmes ne nuisaient pas à l'efficacité du fonctionnement du Système de contrôle qualité du Bureau. Les secteurs visés étaient les suivants :

- Le Cadre de gestion du personnel ainsi que les politiques et les procédures afférentes en matière de ressources humaines n'étaient pas assortis d'une stratégie de recrutement officielle.
- Le Bureau ne disposait pas de procédures ni de processus officiels pour choisir et nommer les spécialistes internes.
- Le Bureau n'avait pas conservé d'informations sommaires sur la nature et l'étendue des consultations avec les spécialistes internes.

34. Le Bureau a pris les mesures suivantes à l'égard de ces points :

- Au printemps 2017, le Bureau a mis en œuvre sa Stratégie de renouvellement des ressources humaines et l'a affichée sur l'INTRAnet.
- À l'automne 2016, le vérificateur général adjoint des Services d'audit a instauré l'utilisation de critères pour sélectionner et nommer des spécialistes internes.
- Au printemps 2017, le Bureau a communiqué les exigences et les lignes directrices concernant la documentation d'informations sommaires ayant trait à la nature et à l'étendue des consultations avec les spécialistes internes.

## Efficacité du fonctionnement du Système de contrôle qualité à l'échelle du Bureau

**Message général**

35. Dans l'ensemble, nous avons constaté que le Système de contrôle qualité du Bureau du vérificateur général du Canada fonctionnait efficacement à l'échelle du Bureau.

### Culture interne valorisant la qualité

**Ce que nous avons constaté**

36. Nous avons constaté que le Bureau avait favorisé une culture interne valorisant la qualité en diffusant fréquemment des messages clairs et cohérents et en récompensant les travaux de grande qualité.

**Ce que nous avons examiné**

37. Nous avons examiné les mesures et les messages qui insistaient sur la nécessité d'exécuter les travaux conformément aux normes professionnelles et de publier des rapports appropriés aux circonstances. Nous avons également examiné si le Bureau avait fourni des ressources suffisantes pour élaborer, documenter et soutenir ses politiques et procédures relatives au Système de contrôle qualité.

**Observation à l'appui de la constatation**

38. **Mesures et messages de la haute direction** — Le Bureau énonce et communique clairement sa vision et ses valeurs ainsi que le *Code de valeurs, d'éthique et de conduite professionnelle du BVG*. Un programme de récompense souligne le travail des membres du personnel qui font la promotion des valeurs du Bureau, y compris la gestion et la qualité de produits. Le programme d'orientation du Bureau comprend un cours en ligne pour aider les participants à mieux comprendre la raison d'être et la culture du Bureau et son rôle au sein de l'administration publique. Ce cours est obligatoire pour tous les nouveaux employés. Il vise à ce que tous les membres du personnel comprennent que le Bureau valorise une culture axée sur la qualité. La communication aux membres du personnel des résultats des revues des pratiques, notamment des recommandations, contribue au renforcement d'une culture qui valorise la qualité et à l'amélioration continue du Bureau. Durant la période visée par l'examen, les vérificateurs généraux adjoints chargés des pratiques d'audit et le vérificateur général adjoint des Services d'audit ont examiné les résultats des revues des pratiques de l'exercice 2015-2016. Le dirigeant principal de l'audit a présenté ces résultats lors de réunions avec les directeurs principaux et les directeurs chargés d'audits d'états financiers et de missions d'appréciation directe.

39. Les processus d'évaluation, d'embauche, de promotion et de rémunération du Bureau exigent que les modèles de compétence du Bureau soient respectés, ce qui inclut la qualité du travail attendu.

40. **Responsabilités de la haute direction en matière de qualité** — Le Bureau attribue clairement les rôles et responsabilités liés aux éléments du Système de contrôle qualité aux membres de la haute direction, qui ont l'autorité nécessaire pour remplir leurs fonctions à cet égard.

41. Le vérificateur général assume la responsabilité ultime du Système de contrôle qualité du Bureau. Le vérificateur général désigne le vérificateur général adjoint responsable des Services d'audit pour assumer la responsabilité fonctionnelle de ce secteur. Il possède le niveau d'études, les qualifications professionnelles, l'expérience et les compétences nécessaires pour s'acquitter de cette responsabilité. Le vérificateur général adjoint a l'autorité nécessaire pour remplir ces fonctions.

42. **Suffisance des ressources pour soutenir le Système de contrôle qualité** — Le Bureau a suffisamment de ressources pour élaborer, documenter et soutenir le Système de contrôle qualité. Cela comprend les ressources et processus permettant de suivre l'évolution des normes professionnelles et d'intégrer les changements relevés lors du suivi des méthodes d'audit de manière cohérente et exhaustive. Les Services d'audit sont le centre opérationnel du Système de contrôle qualité. Ils peuvent compter sur les ressources de deux équipes des méthodes chargées des gammes de produits : l'Équipe des méthodes d'audit annuel et l'Équipe des méthodes pour les missions d'appréciation directe. Les équipes des méthodes réalisent les activités suivantes :

- suivre l'évolution des normes professionnelles, des lois et des règlements;
- coordonner l'uniformité de la présentation des méthodes;
- fournir une assurance qualité et des conseils;
- assurer l'exactitude et l'intégrité des méthodes publiées, notamment les procédures dans TeamMate.

## Règles de déontologie pertinentes

**Ce que nous avons constaté**

43. Nous avons constaté que tous les membres du personnel qui devaient remplir une déclaration annuelle des conflits d'intérêts pour l'exercice 2016-2017 l'avaient fait.

44. Nous avons constaté que le spécialiste interne en valeurs et éthique avait évalué les rapports d'exception remplis durant l'exercice 2016-2017 et qu'il avait mis en place les mesures de sauvegarde appropriées, au besoin.

45. Nous avons également constaté que le Bureau disposait d'un processus annuel pour évaluer et gérer les exigences de rotation du personnel.

**Ce que nous avons examiné**

46. Nous avons examiné les processus relatifs aux déclarations confidentielles annuelles, la documentation des menaces à l'indépendance dans les rapports d'exception et l'analyse de la rotation du personnel et les mesures prises à cet égard.

**Observation à l'appui de la constatation**

47. **Déclarations confidentielles annuelles** — Pour démontrer leur compréhension de ces principes fondamentaux et leur respect des protocoles du Bureau, les membres du personnel sont tenus de lire et de comprendre le *Code de valeurs, d'éthique et de conduite professionnelle du BVG*, et de s'y conformer. Pour ce faire, ils doivent remplir et signer un formulaire confidentiel de déclaration des conflits d'intérêts (« déclaration

confidentielle annuelle ») ainsi que le rapport sur l'indépendance relative à la mission de certification avant de commencer toute mission de certification. Si des membres du personnel signalent des menaces au respect des règles de déontologie ou à l'indépendance, ils doivent remplir et signer un rapport d'exception afin de faciliter l'élimination de la menace.

48. Chaque année, la directrice principale des Ressources humaines envoie par courriel les règles liées à l'indépendance aux membres du personnel. De plus, le Bureau dispose d'un processus automatisé qui oblige les employés à confirmer, une fois par année, qu'ils se conforment aux politiques et procédures en matière d'indépendance. Le système envoie une demande à tous les utilisateurs et suit leurs progrès à toutes les étapes (envoi de la demande, impression, remise aux Ressources humaines, puis à la Gestion de l'information et des dossiers). La directrice principale des Ressources humaines produit des rapports sur les progrès réalisés et le pourcentage d'achèvement. Le système envoie automatiquement des rappels à tous les membres du personnel qui n'ont pas rempli la déclaration annuelle exigée. Pour l'exercice 2016-2017, tous les membres du personnel qui devaient remplir une déclaration annuelle l'ont fait dans les délais. Cependant, l'Équipe de la revue des pratiques et de l'audit interne a observé que dans de nombreux cas, les confirmations d'indépendance par rapport aux missions n'avaient pas été préparées ou examinées avant le début des travaux des missions concernées.

49. **Rapports d'exception** — Les membres du personnel sont tenus d'aviser promptement le Bureau de toute circonstance ou relation susceptible de représenter une menace à l'indépendance. Si la menace est importante, l'employé doit remplir un rapport d'exception dans lequel il définit la menace, documente son incidence et indique les mesures à prendre pour l'éliminer ou la ramener à un niveau acceptable. Le spécialiste interne en valeurs et éthique examine objectivement le rapport et évalue les mesures de sauvegarde proposées, y compris des mesures supplémentaires visant à ramener la menace à un niveau acceptable. Ces mesures de sauvegarde tiennent compte du niveau d'influence que la personne exerce sur l'audit et peuvent comprendre ce qui suit :

- accroître la supervision de la personne affectée à l'audit;
- exclure la personne de certains secteurs d'examen de l'audit;
- retirer la personne de l'audit.

50. Le spécialiste interne en valeurs et éthique a évalué tous les rapports d'exception remplis au cours de l'exercice 2016-2017 et a mis en œuvre les mesures de sauvegarde appropriées, au besoin.

51. **Rotation du personnel** — L'objectivité du Bureau peut être compromise ou sembler compromise si les cadres supérieurs et les responsables du contrôle qualité, s'il y a lieu, effectuent des missions auprès d'une même entité pendant une longue période. La rotation du

personnel se fait au rythme des promotions ou du roulement du personnel, mais les responsabilités des cadres supérieurs qui détiennent des pouvoirs de signature sont moins susceptibles de changer à moins qu'il n'y ait une politique exigeant la rotation du personnel. La politique du Bureau sur la rotation du personnel prévoit que les Services d'audit déterminent, une fois par an, quels cadres supérieurs devraient faire l'objet d'une rotation et qu'ils en informent les vérificateurs généraux adjoints des pratiques d'audit concernées aux fins d'examen et d'approbation. Les exceptions à la politique relative à la rotation du personnel doivent être approuvées et accordées seulement si des mesures de sauvegarde appropriées sont en place.

52. Nous avons constaté que le Bureau avait réalisé une analyse appropriée de la rotation du personnel. Lorsqu'une prolongation était nécessaire, le Bureau avait approuvé les exceptions en bonne et due forme.

## Acceptation et maintien des missions

**Ce que nous avons constaté**

53. Nous avons constaté que le Bureau avait des procédures pour s'assurer que le personnel d'audit respectait les principes d'acceptation et de maintien et qu'il les appliquait à toutes les missions de certification.

**Ce que nous avons examiné**

54. Nous avons examiné les registres des décisions du Conseil de direction et rencontré les Services juridiques pour déterminer si le personnel d'audit avait suivi les procédures d'acceptation et de maintien à l'échelle du Bureau et si le Bureau avait relevé et réglé toute menace liée à la familiarité avec une entité, le cas échéant.

**Observation à l'appui de la constatation**

55. En tant que bureau d'audit législatif, le Bureau du vérificateur général du Canada est tenu de réaliser bon nombre de missions de certification en vertu de dispositions législatives; la réalisation d'autres missions est laissée à sa discrétion. Pour les audits discrétionnaires, le Bureau achemine aux Services juridiques toutes les demandes de nomination par décret ou en vertu de la *Loi sur la gestion des finances publique*s afin qu'ils déterminent si le Bureau est autorisé à mener la mission.

56. À l'échelle des missions, chaque responsable de mission met en œuvre et documente les procédures d'acceptation pour toutes les nouvelles missions, qu'il s'agisse d'un audit discrétionnaire ou légal. Si le Bureau décide qu'il doit démissionner, s'il peut le faire, le responsable de la mission prépare une note d'information qu'il soumet à l'examen du Conseil de direction. Les Services juridiques peuvent vérifier s'il existe une exigence professionnelle, légale ou réglementaire qui oblige le Bureau à demeurer l'auditeur, ou si le Bureau devrait annoncer aux parties

concernées à l'extérieur du Bureau qu'il démissionne ou qu'il annule ou reporte l'audit, en expliquant les motifs sous-jacents.

57. Nous avons constaté que durant l'exercice 2016-2017, le Bureau avait mis en œuvre les procédures d'acceptation et de maintien des missions applicables à l'échelle du Bureau et examiné toutes les menaces ou mesures relatives à l'acceptation et au maintien des missions.

## Personnel en nombre suffisant, compétence, capacité et respect des règles de déontologie

**Ce que nous avons constaté**

58. Nous avons constaté que le Bureau avait évalué les compétences et les capacités qui étaient nécessaires pour les pratiques. Il avait défini un profil de dotation global ainsi qu'un Cadre de gestion du personnel, qui lui ont servi à évaluer s'il dispose du personnel ayant la compétence et le souci du respect des principes de déontologie. Il a aussi mis en œuvre la Stratégie de renouvellement des ressources humaines peu après la période visée par le présent rapport. Nous avons toutefois constaté que le Bureau n'avait pas mis régulièrement à jour ses examens visant à vérifier si le personnel était en nombre suffisant et si ses principales hypothèses à cet égard étaient appropriées.

**Ce que nous avons examiné**

59. Nous avons examiné la documentation et nous avons mené des entretiens sur ce qui suit :

- évaluation des besoins en personnel;
- processus d'embauche et de promotion;
- recours aux compétences de spécialistes;
- affectation du personnel professionnel;
- formation et perfectionnement professionnel du personnel;
- gestion du rendement.

**Observation à l'appui de la constatation**

60. **Évaluation des besoins en matière de dotation** — Dans le cadre du processus de gestion et d'approbation du budget, le Bureau établit et surveille ses moyens financiers pour répondre aux besoins en ressources.

61. Le Bureau dispose d'un processus annuel pour déterminer ses besoins en matière de personnel professionnel pour les postes de professionnel de l'audit et de gestionnaires. Ce processus tient compte de la disponibilité actuelle et future, des compétences et des habiletés des ressources ainsi que des profils réalistes des pratiques.

62. En 2014, le Bureau a procédé à l'examen de sa gouvernance organisationnelle et des fonctions de la haute direction afin de redéfinir ces rôles et responsabilités dans le but d'éliminer les fonctions qui se

chevauchaient et de faire des gains d'efficacité. Dans le cadre de cet examen, les pratiques d'audit, appuyées par l'Équipe de planification des ressources d'audit et de gestion de carrière, ont participé à une initiative appelée « profil réaliste pour les audits ». Cette initiative a permis de définir le profil pour chaque pratique d'audit. Chaque profil établit le nombre d'employés requis à chaque niveau (professionnels de l'audit et gestionnaires). Les profils sont basés sur des hypothèses déterminantes, utilisés pour prévoir les besoins en ressources et mis à contribution dans les décisions d'embauche et de promotion. Les profils réalistes ont été mis à jour après la période visée par le présent rapport.

63. Bien que le Bureau fasse des efforts importants pour affecter les professionnels de l'audit, il ne vérifie pas souvent à l'échelle du Bureau si son personnel est en nombre suffisant et si ses principales hypothèses à cet égard sont appropriées.

64. **Recommandation —** Les pratiques d'audit devraient examiner plus souvent si le personnel est en nombre suffisant (la capacité) et si ses principales hypothèses à cet égard sont appropriées.

***Réponse de la direction*** *— Recommandation acceptée. La pratique d'audit d'états financiers a récemment établi un nouveau profil réaliste pour appuyer les demandes de financement du Bureau du vérificateur général du Canada. Ce nouveau profil a été élaboré en tenant compte de la réévaluation des produits et de leurs budgets, de la productivité de chaque niveau de personnel et d'autres données. La pratique d'audit d'états financiers a aussi entrepris de relever et de mesurer les principales variables liées à la capacité, telles que le travail supplémentaire, les contrats avec des généralistes et le rendement pour ce qui est du respect des échéances et du budget. Ces mesures seront communiquées régulièrement au cours de la prochaine période des audits d'états financiers.*

*À la fin de la période d'audit courante (automne 2018) et une fois l'an par la suite, la pratique d'audit d'états financiers examinera chaque variable liée à la capacité par rapport à la pertinence de chaque élément, les progrès par rapport aux cibles établies et l'incidence générale sur la capacité de la pratique de livrer les produits attendus. Les résultats de cette évaluation dicteront les mesures à prendre lorsque nécessaire, notamment la possibilité de réviser les hypothèses, d'améliorer les processus internes ou d'élaborer des plans de contingence.*

*De la même manière, en décembre 2017, la pratique des missions d'appréciation directe a établi et approuvé un profil d'équipe réaliste (souhaité). Le résultat que donneront nos demandes de financement déterminera s'il faut réviser ce profil. Si c'est le cas, nous agirons en conséquence. De plus, il faudra faire plus de travaux pour analyser l'étendue générale des formations scolaires et techniques, et de l'expertise de la pratique. Certains aspects de l'analyse dépendront de la possibilité d'obtenir de meilleurs renseignements de notre système d'information des ressources humaines. Cet exercice devrait être terminé d'ici mars 2019.*

65. **Processus d'embauche et de promotion** — Le Bureau a suivi des approches et utilisé des outils d'embauche et de promotion pour évaluer les compétences et les capacités du personnel.

66. L'objectif des programmes des stagiaires en audit d'états financiers et en audit de performance est de recruter, de former et de maintenir en poste des employés possédant les compétences générales nécessaires pour devenir de bons auditeurs d'états financiers et de performance. Le programme des stagiaires en audit d'états financiers permet de recruter des étudiants de programmes universitaires en comptabilité susceptibles de combler les besoins permanents du Bureau dans le contexte de ses activités d'audit d'états financiers. Dans le cadre de son programme des stagiaires en audit de performance, le Bureau recrute des titulaires d'une maîtrise d'une université canadienne dans des domaines généraux ou spécifiques qui présentent un intérêt pour la pratique. Le Bureau a déterminé que ces exigences garantissent que les candidats possèdent les compétences générales et les capacités requises.

67. Au cours de ces programmes de deux ou trois ans, les stagiaires doivent prouver qu'ils possèdent les compétences complémentaires recherchées par le Bureau, notamment qu'ils sont en mesure de livrer des produits conformes au Système de contrôle qualité.

68. Le Bureau annonce les postes à pourvoir sur des avis de dotation officiels et évalue les compétences et les habiletés des candidats au moyen de guides d'entrevues dirigées dont les questions d'ordre comportemental sont basées sur des scénarios et l'expérience personnelle. Les gestionnaires qui procèdent à l'embauche reçoivent de l'encadrement avant de participer aux jurys de sélection et de vérifier les références.

69. Le Cadre de gestion du personnel ainsi que les politiques et les procédures afférentes en matière de ressources humaines comportaient une Stratégie de renouvellement des ressources humaines officielle depuis le printemps 2017.

70. Nous avons constaté que les processus d'embauche et de promotion du personnel étaient appropriés et fonctionnaient efficacement.

71. **Recours aux compétences de spécialistes** — Dans le cadre de ses travaux, le Bureau a eu recours aux compétences de spécialistes, notamment de comités consultatifs formés d'experts externes et de spécialistes internes. Le Bureau a défini les secteurs fonctionnels des spécialistes internes et les a examinés. À l'automne 2016, il a mis en place des critères à utiliser pour sélectionner et nommer des spécialistes internes.

72. **Affectation du personnel professionnel** — Le Bureau disposait d'un processus pour affecter le personnel professionnel aux missions d'audit. Les directeurs principaux ont collaboré avec l'Équipe de planification des ressources d'audit et de gestion de carrière pour évaluer et consigner

en dossier l'affectation des employés appropriés ayant les compétences requises aux missions de certification relevant de leur responsabilité.

73. Le directeur principal a la responsabilité de confirmer que les membres de l'équipe de mission, les spécialistes et les experts en audit, le cas échéant, possèdent collectivement les compétences et les capacités appropriées pour satisfaire aux exigences des normes d'audit et de certification.

74. Tandis que les directeurs principaux sont responsables de la planification des ressources des équipes d'audit, l'Équipe de la planification des ressources d'audit et de gestion de carrière les appuie en exécutant les activités suivantes :

- gérer et surveiller l'outil de planification des ressources du Bureau (Retain), à savoir une base de données des ressources qui contient de l'information répartie par auditeur et par produit d'audit;
- analyser les besoins en ressources pour appuyer les vérificateurs généraux adjoints responsables des pratiques, les comités supérieurs du Bureau et les équipes d'audit;
- apporter son concours lors de la mutation et de l'échange de personnel entre les directions;
- déterminer des solutions possibles pour combler les besoins critiques en ressources.

75. Les personnes suivantes peuvent consulter l'Équipe de planification des ressources d'audit et de gestion de carrière :

- les directeurs ou les directeurs principaux, lorsqu'une équipe d'audit a besoin d'une ressource ou qu'un auditeur souhaite obtenir une affectation ou une mutation;
- les auditeurs, qui sont à la recherche d'une affectation ou d'une mutation.

76. Nous avons constaté que le processus d'affectation du personnel professionnel était approprié et qu'il fonctionnait efficacement dans chacune des pratiques.

77. **Formation et perfectionnement professionnel** — Comme il le précise dans sa vision de l'apprentissage, le Bureau est résolu à établir et à promouvoir une culture d'apprentissage qui ajoute de la valeur à ses travaux destinés au Parlement et aux Canadiens, et qui appuie l'apprentissage continu des membres de son personnel.

78. Au cours des dernières années, le Bureau a beaucoup investi dans le renouvellement du programme de formation en audit, des méthodes et des outils connexes. Il a analysé les besoins en formation et en perfectionnement professionnel en fonction des niveaux de compétence et d'habileté. Il a élaboré un plan d'activités de perfectionnement

professionnel pour corriger les lacunes, saisir les occasions et améliorer sa proposition de valeur. En outre, il a établi des budgets de formation et de perfectionnement professionnel et affecté des ressources à ce secteur.

79. Le Bureau a élaboré le programme en leadership, qui met l'accent sur la gestion des ressources humaines, afin de satisfaire aux besoins en perfectionnement professionnel des dirigeants du Bureau et de favoriser leur apprentissage continu. Le leadership est un élément essentiel du Système de contrôle qualité. Le programme multidimensionnel comprend plusieurs volets : formation structurée, activités interactives d'échange des connaissances, outils pratiques et ressources, encadrement et services de soutien pour résoudre les problèmes.

80. Le Bureau possède une vision de l'apprentissage qui favorise l'apprentissage continu à l'extérieur de la salle de classe. Cette vision repose sur un élément clé : la nécessité d'offrir un encadrement en cours d'emploi et des expériences sur le lieu de travail pertinentes au personnel. Le rôle de l'équipe de Perfectionnement professionnel du Bureau est d'offrir au personnel la meilleure formation structurée possible et d'aider les gestionnaires à donner de la rétroaction et de l'encadrement au personnel au fur et à mesure qu'il acquiert de nouvelles compétences.

81. L'équipe du Perfectionnement professionnel analyse annuellement le programme de formation et de perfectionnement professionnel en consultant la direction, en examinant les évaluations de cours, et en se renseignant auprès des cabinets comptables (c'est-à-dire, PricewaterhouseCoopers et Deloitte) sur ce qui se passe dans le domaine. Elle met à jour les initiatives de formation et de perfectionnement professionnel en fonction des résultats de son analyse.

82. **Gestion du rendement** — Conformément aux normes professionnelles, le Bureau avait un système de gestion du rendement annuel selon lequel les produits devaient être gérés en fonction d'une norme de qualité élevée.

83. Le Bureau a mis en place un processus de gestion du rendement qui comprend l'établissement d'objectifs, la définition de compétences, la rétroaction continue, des processus d'évaluation, des mesures correctives, des cours de formation et de perfectionnement professionnel et des activités de planification de carrière. Tout le personnel actif fait l'objet d'une évaluation de rendement annuelle obligatoire.

84. Le processus d'évaluation du rendement comprend un examen des valeurs et des compétences requises et de l'exigence visant à gérer les produits conformément à des normes de qualité élevées. Pour tout problème de qualité que relève la direction, les Ressources humaines aident les membres du personnel à redresser la situation grâce à de l'encadrement et du mentorat, à un suivi plus fréquent, à de la formation et à d'autres mesures correctives appropriées.

85. Nous avons constaté que durant l'exercice 2016-2017, le Bureau a réalisé des évaluations du rendement pour les membres du personnel actif. Les Ressources humaines ont surveillé les évaluations du rendement et ont fait des suivis pour s'assurer que tous les employés actifs ont fait l'objet d'une évaluation du rendement.

## Plaintes et allégations

**Ce que nous avons constaté**

86. Nous avons constaté que le Bureau encourageait le dépôt de plaintes et d'allégations concernant l'exécution de ses travaux.

**Ce que nous avons examiné**

87. Nous avons examiné la documentation et rencontré les Services juridiques à propos des plaintes et des allégations qu'ils avaient reçues concernant le non-respect des normes professionnelles ou du Système de contrôle qualité du Bureau pendant la période considérée.

**Observation à l'appui de la constatation**

88. Les politiques du Bureau, soit les sections BVG Audit 1012 — Qualité des audits et BVG Audit 1091 — Plaintes et allégations, respectent les exigences de la Norme canadienne de contrôle qualité 1 (NCCQ 1) relatives au traitement des plaintes et des allégations. Le Bureau diffuse ces politiques à tous les membres de son personnel par l'entremise de son site INTRAnet.

89. Le Bureau reçoit les plaintes externes et internes par l'intermédiaire d'une boîte de réception publique qui est gérée par les Communications. Le suivi des plaintes est effectué à l'aide d'une base de données. Le vérificateur général, le président du Comité d'audit du Bureau ou quiconque est nommé à titre d'enquêteur traite les plaintes et mène des enquêtes. Le délai de réponse prévu pour toute plainte est de 90 jours.

90. Le Conseil de direction reçoit un rapport d'étape trimestriel sur toutes les plaintes et allégations réglées et en suspens. Pour la période considérée, le Bureau a reçu une plainte ou allégation, interne ou externe, au sujet de la conduite de ses audits par rapport à son système de contrôle qualité. L'enquête n'a pas révélé de déficiences dans la conception ou le fonctionnement du Système de contrôle qualité du Bureau ni dans la conformité à ce système.

## Processus de suivi

**Ce que nous avons constaté**

91. Nous avons constaté que le Bureau avait communiqué les résultats des suivis effectués.

**Ce que nous avons examiné**

92. Nous avons examiné les rapports de suivi publiés sur le site Web du Bureau et les messages corporatifs diffusés à tous les responsables de mission pour leur annoncer que le Rapport de suivi sur le Système de contrôle qualité était achevé.

**Observation à l'appui de la constatation**

93. La politique du Bureau, soit la section BVG Audit 1012 — Qualité des audits, répond aux exigences de la NCCQ 1 à l'égard de la communication des résultats des suivis. Le Bureau diffuse cette politique à tous les membres de son personnel par l'entremise de son site INTRAnet.

94. Les résultats du processus de suivi sont publiés sur le site Web du Bureau, notamment dans les rapports suivants :

- *Rapport de suivi du Système de contrôle qualité — Exercice 2015-2016*;
- *Rapport sur la revue des pratiques d'audit d'états financiers — Pour les audits d'états financiers complétés au cours de l'exercice 2015-2016*;
- *Rapport sur la revue des pratiques des missions d'appréciation directe – Pour les missions d'appréciation directe réalisées au cours de l'exercice 2015-2016*.

95. Lorsque le Rapport de suivi sur le Système de contrôle qualité est terminé, le Bureau en informe tous les responsables de mission.

## Cas de rapports inappropriés et de procédures omises

**Ce que nous avons constaté**

96. Nous avons constaté que le Bureau avait satisfait aux exigences visant à régler les cas où les résultats des procédures de suivi avaient révélé qu'un rapport n'était peut-être pas approprié ou que des procédures avaient été omises au cours d'une mission.

**Ce que nous avons examiné**

97. Nous avons examiné le Protocole régissant la fonction de revue des pratiques et d'audit interne.

**Observation à l'appui de la constatation**

98. Le Protocole du Bureau régissant la fonction de revue des pratiques et d'audit interne définit le processus à appliquer lorsque les résultats des procédures de suivi du contrôle qualité révèlent qu'un rapport peut ne pas être approprié ou que des procédures ont été omises au cours d'une mission de certification.

## Efficacité du fonctionnement du Système de contrôle qualité à l'échelle des missions

**Message général**

99. Dans l'ensemble, nous avons constaté que le Système de contrôle qualité du Bureau du vérificateur général du Canada fonctionnait efficacement à l'échelle des missions. Les revues des pratiques de toutes les missions indiquaient que les rapports de l'auditeur étaient étayés et appropriés.

100. Sept des déficiences que l'Équipe de la revue des pratiques et de l'audit interne avait signalées constituaient des déficiences systémiques, répétitives ou importantes nécessitant la mise en œuvre de mesures correctives dans les plus brefs délais.

### Consultation avec les spécialistes du Bureau

**Ce que nous avons constaté**

101. Nous avons constaté que les équipes d'audit ont consulté les divers spécialistes du Bureau et documenté l'étendue des consultations menées, conformément au Système de contrôle qualité.

**Ce que nous avons examiné**

102. Nous avons examiné les données et les informations détaillées sur les consultations menées par les équipes d'audit auprès de divers spécialistes.

**Observation à l'appui de la constatation**

103. La politique du Bureau énoncée à la section BVG Audit 3081 — Consultations, décrit l'importance des consultations dans le cadre des audits, car elles permettent au Bureau de réduire le risque d'erreur et d'améliorer la manière dont les équipes d'audit exercent leur jugement professionnel. Cette politique définit par ailleurs le déroulement du processus de consultation et les exigences relatives à la documentation des consultations.

104. Nous avons constaté que les équipes d'audit ont consulté les spécialistes du Bureau pour régler des questions complexes, inhabituelles ou qui portaient sur des sujets qu'elles maîtrisaient mal.

105. Nous avons également constaté que l'information sur l'étendue, le détail et les conclusions des consultations menées auprès de spécialistes internes était disponible, mais non uniforme. Au printemps 2017, le Bureau a communiqué des exigences et des lignes directrices sur la documentation d'informations sommaires ayant trait à la nature et à l'étendue des consultations auprès des spécialistes internes.

## Conformité aux normes professionnelles régissant le contrôle qualité

**Ce que nous avons constaté**

106. Nous avons constaté que l'Équipe de la revue des pratiques et de l'audit interne avait formulé des recommandations sur la réalisation des missions et présenté ses constatations sur les cas de non-conformité ou les cas de conformité nécessitant des améliorations à un élément particulier du Système de contrôle qualité au sein des pratiques d'audit d'états financiers et de missions d'appréciation directe.

**Ce que nous avons examiné**

107. Nous avons constaté que sept des déficiences que l'Équipe de la revue des pratiques et de l'audit interne avait signalées constituaient des déficiences systémiques, répétitives ou importantes nécessitant la mise en œuvre de mesures correctives dans les plus brefs délais.

108. Nous avons examiné les programmes de revue des pratiques d'audit et les rapports de revue des pratiques pour l'exercice 2016-2017 pour déterminer si le Système de contrôle qualité avait été respecté à l'échelle des missions. L'Équipe de la revue des pratiques et de l'audit interne a examiné sept dossiers d'audit d'états financiers et six dossiers de mission d'appréciation directe quant aux aspects suivants :

- la supervision et la revue;
- la revue du contrôle qualité de la mission;
- les divergences d'opinions;
- la documentation de la mission;
- les règles de déontologie et l'indépendance.

**Observation à l'appui de la constatation**

109. **La supervision et la revue** — Afin de s'assurer que les membres des équipes réalisent des missions de certification de grande qualité pour le Bureau, ce dernier doit superviser convenablement les membres des équipes et passer en revue les travaux d'audit et la documentation. La supervision est importante pour s'assurer que les équipes de mission sont organisées et que la qualité des travaux effectués pendant la mission est surveillée. La revue des travaux est importante pour s'assurer que :

- les membres de l'équipe ont réalisé les travaux conformément aux normes professionnelles;
- les travaux effectués permettent d'étayer les conclusions dégagées;
- les éléments probants obtenus sont suffisants et appropriés;
- les membres de l'équipe ont atteint les objectifs des procédures de la mission.

110. **La revue du contrôle qualité de la mission** — Les revues du contrôle qualité fournissent une évaluation objective des jugements importants posés par l'équipe de mission et des conclusions tirées aux fins de la formulation du rapport de mission de certification. Le Bureau affecte des responsables du contrôle qualité à chaque audit d'états financiers d'entités qui émettent ou possèdent des valeurs mobilières sur un marché public. Le Bureau affecte également des responsables du contrôle qualité à d'autres missions de certification en fonction du niveau de risque associé à la mission. Les responsables du contrôle qualité possèdent les qualifications techniques nécessaires pour s'acquitter de leur tâche, ainsi qu'une expérience et une autorité suffisantes et appropriées.

111. Le Bureau dispose d'un processus pour sélectionner et nommer des responsables du contrôle qualité. La sélection des responsables du contrôle qualité est fondée sur le niveau de risque associé à la mission. Les Services d'audit recueillent le point de vue de chaque équipe d'audit sur les risques évalués et préparent une évaluation des risques pour toutes les missions conformément aux critères de sélection présentés dans les méthodes. Il est habituellement recommandé que les missions présentant un risque élevé fassent l'objet d'une revue de contrôle qualité. En temps normal, aucun responsable du contrôle qualité n'est affecté aux missions présentant un niveau de risque faible ou modéré.

112. Les Services d'audit affectent un responsable du contrôle qualité à chaque mission qui a été sélectionnée aux fins d'une revue de contrôle qualité en fonction de critères précis. Une fois que toutes les évaluations des risques sont recueillies par les Services d'audit, ces derniers consultent les vérificateurs généraux adjoints quant à la sélection et à la nomination du responsable du contrôle qualité recommandé.

113. **Les divergences d'opinions** — Au cours d'une mission de certification, des divergences d'opinions peuvent surgir au sein de l'équipe, avec les personnes consultées pendant la mission et entre le responsable de la mission et le responsable du contrôle qualité. Les membres de l'équipe d'audit ont le droit de tirer leurs propres conclusions sur les questions importantes visant les secteurs de la mission dont ils sont responsables et d'obtenir l'assurance que leurs points de vue seront dûment pris en compte. Les équipes ne doivent pas dater le rapport de mission de certification avant que toutes les divergences d'opinions aient été résolues.

114. **La documentation de la mission** — Cet élément traite de la confidentialité, de l'archivage sécurisé, de l'intégrité, de l'accessibilité, de la facilité de consultation et de la conservation de la documentation relative aux missions ainsi que de la constitution des dossiers de mission définitifs en temps opportun. Bien que notre revue n'ait pas révélé que des dossiers de mission ont été assemblés dans leur version définitive après le délai de 60 jours, le processus d'achèvement de la documentation relative aux missions du Bureau n'est pas conçu correctement, car il ne peut garantir que la documentation a été achevée dans ce délai de 60 jours.

115. **Recommandation** — Le Bureau devrait resserrer ses contrôles à l'égard de la documentation relative aux missions en ajoutant la possibilité de vérifier si la documentation a été achevée dans le délai de 60 jours.

***Réponse de la direction —*** *Recommandation acceptée. La Gestion de l'information et des dossiers verra à se coordonner avec la direction appropriée pour que les dates des missions soient communiquées régulièrement.*

116. **Les règles de déontologie et l'indépendance** — Cet élément traite des exigences relatives à la protection de l'indépendance du personnel d'audit affecté à une mission.

117. Les observations détaillées découlant du suivi de l'efficacité du fonctionnement du Système de contrôle qualité à l'échelle des missions figurent dans les rapports suivants, publiés sur le site Web du Bureau :

- *Rapport sur la revue des pratiques des missions d'appréciation directe — Pour les missions d'appréciation directe réalisées au cours de l'exercice 2016-2017;*
- *Rapport sur la revue des pratiques d'audit d'états financiers — Pour les audits d'états financiers complétés au cours de l'exercice 2016-2017.*

## Évaluation et documentation des compétences des équipes de mission

**Ce que nous avons constaté**

118. Nous avons constaté que le responsable de mission avait évalué et consigné en dossier les compétences des équipes de mission.

**Ce que nous avons examiné**

119. Nous avons examiné les programmes d'audit de revue des pratiques et les rapports de revue des pratiques pour l'exercice 2016-2017 (six missions d'appréciation directe et sept audits d'états financiers) pour déterminer si les compétences des équipes avaient été évaluées et consignées au dossier.

**Observation à l'appui de la constatation**

120. Le responsable de la mission a évalué l'ensemble de l'équipe avant la fin de l'étape de la planification ou de l'étude préparatoire afin de s'assurer que les membres de l'équipe, les spécialistes et les autres personnes concernées possédaient collectivement les compétences et les capacités appropriées. Il a également consigné en dossier cette évaluation.

## Documentation des consultations menées par les équipes de mission

**Ce que nous avons constaté**

121. Nous avons constaté que les équipes de mission avaient réalisé des consultations adéquates et les avaient consignées en dossier.

**Ce que nous avons examiné**

122. Nous avons réalisé un examen détaillé des dossiers d'audit (missions d'appréciation directe et audits d'états financiers) de l'exercice 2016-2017 que nous avons sélectionnés au hasard pour déterminer la nature des consultations entreprises et voir si ces dernières avaient été suffisantes.

**Observation à l'appui de la constatation**

123. Les équipes d'audit ont consulté des spécialistes internes et externes, ainsi que des cadres supérieurs du Bureau, pour régler des questions complexes ou controversées ou exigeant des connaissances ou une expérience spécialisées. La nature et l'étendue des consultations, ainsi que les conclusions qui s'en sont dégagées, ont été acceptées par la personne qui consulte et celle qui est consultée avant la date du rapport de certification. Les équipes mettent ensuite en œuvre les conclusions tirées des consultations.