



**CABINET SODENCIA**

**Rapport de Transparence**  
**Exercice 2023**

**1 rue Denis Poisson**  
**75017 PARIS**

I. IDENTIFICATION DU DOCUMENT

Date	Indice	Nature de la modification
01/01/2024	00	
<b>Revue</b>		<b>Approbation</b>
Noms : GUILLAUME BELLAICHE Fonction : Associé  Visa : 		Nom : GUILLAUME BELLAICHE Fonction : Associé  Visa : 

## II. CONTEXTE

Ce Rapport de Transparence concernant le cabinet SODENCIA, identifié ci-dessous, a été établi conformément aux dispositions de la directive européenne relative au contrôle légal des comptes et en application du 6° du III de l'article L.820-1 (EJ 2014-02) et de l'article R. 823-21 (Décret n°2014- 1315, art. 9) du Code de commerce.

### II.1. Dispositions du Règlement (UE) No 537/2014 du Parlement Européen et du Conseil du 16 avril 2014

*Article 13 - Rapport de transparence*

*1. Le contrôleur légal des comptes ou le cabinet d'audit qui effectue le ou les contrôles légaux des comptes d'entités d'intérêt public publie un rapport de transparence au plus tard quatre mois après la fin de chaque exercice. Ce rapport de transparence est publié sur le site web du contrôleur légal des comptes ou du cabinet d'audit et peut y être consulté pendant au moins cinq ans à compter du jour de sa publication sur le site web. Si le contrôleur légal des comptes est employé par un cabinet d'audit, c'est au cabinet d'audit qu'incombent les obligations au titre du présent article.*

*Le contrôleur légal des comptes ou le cabinet d'audit est autorisé à mettre à jour les rapports annuels de transparence qu'il a publiés. Dans ce cas, il indique qu'il s'agit d'une version actualisée du rapport, et la première version du rapport reste disponible sur le site web.*

*Les contrôleurs légaux des comptes et les cabinets d'audit informent les autorités compétentes de la publication du rapport de transparence sur leur site internet ou, le cas échéant, de sa mise à jour.*

*2. Le rapport annuel de transparence contient au moins les éléments suivants:*

- a) une description de la structure juridique et de la structure du capital du cabinet d'audit;*
- b) lorsque le contrôleur légal des comptes ou le cabinet d'audit est membre d'un réseau:
  - i) une description de ce réseau et de son organisation juridique et structurelle;*
  - ii) le nom de chaque contrôleur légal des comptes intervenant à titre individuel ou du cabinet d'audit qui est membre du réseau;*
  - iii) les pays dans lesquels chaque contrôleur légal des comptes intervenant à titre individuel ou le cabinet d'audit qui est membre du réseau a le statut de contrôleur légal des comptes, ou les pays dans lesquels se situe son siège social, son administration centrale ou son siège d'exploitation principal;*
  - iv) le chiffre d'affaires total réalisé par les contrôleurs légaux des comptes intervenant à titre individuel et les cabinets d'audit qui sont membres du réseau provenant du contrôle légal d'états financiers annuels et consolidés;**
- c) une description de la structure de gouvernance du cabinet d'audit;*
- d) une description du système interne de contrôle qualité du contrôleur légal des comptes ou du cabinet d'audit et une déclaration de l'organe d'administration ou de direction concernant l'efficacité de son fonctionnement;*
- e) la date du dernier examen d'assurance qualité visé à l'article 26;*
- f) la liste des entités d'intérêt public pour lesquelles le contrôleur légal des comptes ou le cabinet d'audit a effectué des contrôles légaux des comptes au cours de l'exercice précédent;*
- g) une déclaration concernant les pratiques du contrôleur légal des comptes ou du cabinet d'audit*

*en matière d'indépendance et confirmant qu'une vérification interne du respect de cette indépendance a été effectuée;*

- h) une déclaration concernant la politique du contrôleur légal des comptes ou du cabinet d'audit en matière de formation continue des contrôleurs légaux des comptes visée à l'article 13 de la directive 2006/43/CE;*
- i) des informations sur la base de rémunération des associés au sein des cabinets d'audit;*
- j) une description de la politique du contrôleur légal des comptes ou du cabinet d'audit en matière de rotation des associés d'audit principaux, conformément à l'article 17, paragraphe 7;*
- k) si ces informations ne sont pas communiquées dans ses états financiers au sens de l'article 4, paragraphe 2, de la directive 2013/34/UE, des informations sur le chiffre d'affaires total du contrôleur légal des comptes ou du cabinet d'audit, ventilé selon les catégories suivantes:*
  - i) les revenus provenant du contrôle légal des états financiers annuels et consolidés d'entités d'intérêt public et d'entités membres d'un groupe d'entreprises dont l'entreprise mère est une entité d'intérêt public;*
  - ii) les revenus provenant du contrôle légal des états financiers annuels et consolidés d'autres entités;*
  - iii) les revenus provenant de services autres que d'audit autorisés fournis à des entités qui sont contrôlées par le contrôleur légal des comptes ou le cabinet d'audit; et*
  - iv) les revenus provenant de services autres que d'audit fournis à d'autres entités.*

*Le contrôleur légal des comptes ou le cabinet d'audit peut, dans des circonstances exceptionnelles, décider de ne pas communiquer les informations requises au point f) du premier alinéa dans la mesure où cela est nécessaire pour parer à une menace imminente et grave pour la sécurité individuelle d'une personne. Le contrôleur légal des comptes ou le cabinet d'audit doit pouvoir démontrer l'existence de cette menace à l'autorité compétente.*

*3. Le rapport de transparence est signé par le contrôleur légal des comptes ou le cabinet d'audit.*

## **11.2. Dispositions de l'article R.832-21 du Code de commerce**

*Le commissaire aux comptes désigné auprès d'une entité d'intérêt public ou d'une société de financement publie sur son site internet un rapport de transparence, relatif notamment à sa propre structure, établi conformément aux dispositions de l'article 13 du règlement (UE) n° 537/2014 du 16 avril 2014, dans les quatre mois suivant la clôture de l'exercice.*

*Le commissaire aux comptes informe le Haut conseil de cette publication et, le cas échéant, de la mise à jour du rapport.*

*Il en informe également l'Autorité des marchés financiers ou l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution lorsqu'il est désigné auprès d'une personne ou d'une entité assujettie à leur contrôle.*

*Le rapport doit pouvoir être consulté sur le site Internet pendant au moins cinq ans à compter du jour de sa publication.*

*Si le commissaire aux comptes est associé ou salarié d'une société de commissaires aux comptes, l'établissement et la publication du rapport de transparence incombent à celle-ci.*

### III. LE CABINET

#### 111.1. Structure juridique et structure du capital

La SAS SODENCIA a été créée par Monsieur Guillaume BELLAICHE.

Le siège social du cabinet est situé à Paris, 1 rue Denis Poisson. Son gérant est Monsieur Guillaume BELLAICHE, expert-comptable diplômé et commissaire aux comptes, qui assure la direction opérationnelle du cabinet.

#### 111.2. Activité

##### 111.2.1. Audit et expertise comptable

L'activité du cabinet est organisée en un seul département, de commissariat aux comptes.

Le Cabinet intervient auprès de diverses catégories d'entités, notamment :

- secteur de l'énergie
- secteur de la distribution (détail et grossiste)
- industrie
- Architecte
- Services et conseils
- Batiment
- .....

Son rayon d'action est majoritairement l'Île de France.

Une des entités dont le cabinet est le contrôleur légal est une Entité d'Intérêt Public (cf. Annexe 1)

##### 111.2.2. Moyens humains

Le traitement des dossiers est assuré par une équipe constitué d'un collaborateur, sous la Responsabilité de Monsieur Guillaume BELLAICHE, membre de la Compagnie Régionale des commissaires aux comptes de Paris.

##### 111.2.3. Moyens matériels

Les dossiers de travail ont été progressivement informatisés et traités au moyen des PACK mis à disposition par la CNCC (PACK PE).

#### 111.3. Chiffre d'affaires

Le chiffre d'affaires du cabinet est le suivant :

Ventilation du chiffre d'affaires	2023	2022
<b>Commissariat aux Comptes - Entités d'Intérêt Public</b>		
Contrôle légal	25 000	27 000
Autres missions	0	0

<b>Commissariat aux Comptes - Hors Entités d'Intérêt Public</b>		
Contrôle légal Autres missions	En cours 0	0
<b>Total Cabinet (CAC)</b>	25 000	27 000
Total Cabinet (hors CAC)	850 000	570 000

#### 111.4. Réseau

Le Cabinet ne fait pas partie d'un réseau ou d'une association technique.

Monsieur Guillaume BELLAICHE exerce son activité de commissaire aux comptes depuis 2016.

#### 111.5. Gouvernance

##### III.5.1. Direction du Cabinet

M. Guillaume BELLAICHE est gérant du cabinet. Expert-comptable diplômé, inscrit à la Compagnie Régionale des Commissaires aux Comptes, il a sous sa responsabilité l'ensemble du cabinet.

#### III .5.2. Direction Technique

Les activités de notre profession sont régies par différents cadres réglementaires et législatifs ainsi que par la doctrine du Haut Conseil du Commissariat aux Comptes et de la CNCC et notamment :

- La directive 2014/56/UE du parlement Européen et du Conseil du 16 avril 2014 modifiant la directive 2006/43/CE concernant les contrôles légaux des comptes annuels et des comptes consolidés
- Le règlement (UE) No 537/2014 du Parlement Européen et du Conseil du 16 avril 2014 relatif aux exigences spécifiques applicables au contrôle légal des comptes des entités d'intérêt public et abrogeant la décision 2005/909/CE de la Commission.
- Le Code de commerce.
- Les Normes d'Exercice Professionnel (NEP).
- Le Code de Déontologie de la profession de Commissaire aux comptes.
- Les avis du H3C.

La Direction Technique doit s'assurer :

- de la qualité des services rendus ;
- du respect des textes légaux et réglementaires applicables ;
- du respect des règles de déontologie et entre autres le respect des règles d'indépendance.

C'est donc la Direction Technique qui est en charge du contrôle de la qualité au sein du Cabinet, développé au paragraphe suivant.

## **IV. LE CONTROLE DE LA QUALITE**

### **IV .1. Objet, responsabilités et périmètre**

#### **V .1.1. Objet**

Définir les règles permettant de :

- Promouvoir une culture interne fondée sur la reconnaissance de la qualité en tant qu'élément primordial de la réalisation d'une mission.
- Créer et maintenir un environnement de contrôle satisfaisant (politique, procédures, sensibilisation, etc,...).
- Insuffler une dynamique basée sur l'importance donnée au système qualité.
- Veiller et transmettre toutes informations utiles et effectuer toute mise à jour et/ou développements nécessaires pour satisfaire aux exigences légales et réglementaires applicables à la profession de CAC.

#### **IV.1.2. Responsabilités**

La responsabilité de la qualité au sein du cabinet est confiée à la direction (Monsieur Guillaume BELLAICHE) qui possède l'expérience, la compétence et l'autorité pour définir les procédures applicables et assurer leur fonctionnement.

Sa légitimité est reconnue par son expérience acquise au cours de plus de 20 années de métier de commissaire aux comptes et d'expert-comptable.

Ses expériences, et formations reçues sur le management qualité, lui permettent d'identifier et de comprendre les problématiques liées au système de management de la qualité et d'apporter les solutions adaptées.

Le responsable de la qualité - Monsieur Guillaume BELLAICHE - assume la responsabilité de la qualité du contrôle interne lié aux travaux d'audit légal et du processus de « revue qualité » (supervision).

#### **IV.1.3. Périmètre**

Les procédures écrites couvrent les actions suivantes :

- Actions de communication et de sensibilisation auprès des chefs de mission et des collaborateurs.
- Définition des critères d'évaluation de la qualité du travail à prendre en considération par les chefs de mission et les collaborateurs.
- Définition et allocation des moyens nécessaires à la formalisation, la mise en œuvre et la diffusion des règles et des procédures associées au système qualité.
- Intervention lors d'événements spécifiques qui pourraient remettre en cause l'image et le processus qualité mis en œuvre. A ce titre le responsable de la qualité dispose systématiquement des conclusions de l'ensemble des contrôles externes (CNCC, CRCC, H3C, etc.).
- La politique retenue par le Cabinet en termes de couverture d'assurance.

Pour l'ensemble de ces actions, le responsable de la qualité enregistre les actions entreprises et les résultats observés au moyen de comptes rendus et supports de présentation adapté.

## **IV.2. Procédures mises en œuvres relatives au contrôle de la qualité**

### **IV.2.1. La politique qualité du cabinet**

#### **IV.2.1.1 Définition**

Les choix et les actions du cabinet sont guidés par le souci d'apporter un service de qualité aux entités

contrôlées, tout en respectant les valeurs et les obligations déontologiques réglementaires. Cette politique constitue un engagement de la direction et de l'ensemble des collaborateurs. Elle doit être adoptée et appliquée par tous les collaborateurs à qui des notes internes rappellent ces principes.

La politique qualité du cabinet est présentée ci-après : Rechercher la performance économique et sociale, améliorer l'accueil et nos organisations pour faire face aux évolutions des attentes et des législations, tels sont les enjeux de notre démarche qualité.

Le Cabinet a décidé de mettre en œuvre avec le concours de tous les collaborateurs les préconisations de la démarche qualité de la CNCC dans les domaines principaux suivants :

- Responsabilités de la « direction » au regard de la qualité
- Ethique et règles déontologiques
- Ressources humaines
- Acceptation et maintien de la mission
- Exécution de la mission
- Supervision du système qualité

L'axe majeur de la politique qualité du Cabinet vise à respecter les règles déontologiques et professionnelles applicables à nos activités. Cela implique, en premier lieu une extrême rigueur tant au niveau du suivi des dossiers que dans leur tenue. Pour ce faire le Cabinet doit développer:

- L'implication de l'ensemble des membres du Cabinet: des réunions qualité sont périodiquement tenues; lors de ces réunions sont abordés les questions d'organisation et les besoins en ressources et en formation. Les propositions d'amélioration sont analysées. Un point systématique est fait sur les dysfonctionnements et anomalies rencontrés sur la période.
- La formalisation de règles d'organisation interne adaptées: les procédures décrivant la planification, la réalisation, le suivi et le contrôle des prestations se basent sur les recommandations de notre profession et sur une analyse de l'existant. L'actualisation des procédures et leur amélioration garantissent leur adéquation par rapport à l'activité du Cabinet.
- La recherche de l'amélioration continue: la « direction » du Cabinet assure également la fonction d'animatrice responsable de la qualité avec la compétence et l'autorité pour engager le Cabinet et développer la mise en œuvre de bonnes méthodes de travail et le contrôle de leur application et efficacité.

Ces orientations stratégiques se déploient en trois composantes :

- Des mesures propres à faire respecter les règles déontologiques,
- Des mesures propres à assurer la qualité de l'audit,
- Des mesures d'affectation des tâches au niveau de responsabilité.

#### ***IV.2.1.2 Mesures propres à faire respecter les règles déontologiques***

- Le Cabinet SODENCIA fait signer par ses collaborateurs au moment de l'établissement du contrat de travail un engagement d'indépendance qui fixe les diverses règles à respecter. Cet engagement est renouvelé tous les ans (en principe au début de chaque année civile).
- Il est rappelé à chaque collaborateur lors de son intégration et au cours des formations ultérieures les concepts de déontologie, d'indépendance et de comportement, et les obligations de suivre toutes les prescriptions de nos tutelles audit.

#### ***IV.2.1.3 Mesures propres à assurer la qualité de l'audit***

Des procédures internes sont mises en place pour assurer la qualité de l'audit et le respect des règles déontologiques et assurer le contrôle interne garant de cette qualité.

Les procédures internes mises en place par le cabinet sont réparties en :

- Procédures destinées à assurer la qualité de l'audit :
  - Acceptation des missions de commissariat aux comptes,
  - Maintien du mandat (procédure annuelle),



- Acceptation de missions complémentaires à l'audit ; cette procédure est destinée à éviter l'acceptation de missions incompatibles avec celle de commissaire aux comptes,
  - Revue indépendante interne, le cas échéant, assurée par un auditeur confirmé non impliqué dans l'exécution de la mission.
- Procédures destinées à assurer la pertinence de l'opinion :
    - Revue indépendante du projet d'opinion.

Hormis ces procédures liées au dossier, le dispositif qualité comprend des procédures de management et soutien qui concourent à la réalisation de l'objectif :

- Une méthodologie générale et des supports d'application définis pour une mise en œuvre systématique sur chaque dossier. Ces procédures internes sont mises à jour en liaison avec l'évolution du contexte externe et réglementaire, en particulier, et des retours d'expérience.
- Un contrôle qualité interne est déployé périodiquement pour valider le respect des procédures et mesurer leur efficacité.

#### **IV.2.1.4 Mesures d'affectation des tâches au niveau de responsabilité.**

Des procédures internes sont mises en place pour assurer la gestion de l'indépendance et des règles de conflit d'intérêt du Cabinet, les règles suivantes sont notamment rappelées :

- Confidentialité (interdiction de divulguer des informations recueillies à l'occasion de la mission et d'en user à des fins personnelles),
- Interdiction d'accepter tout cadeau, avantage particulier et d'effectuer des transactions, autres qu'aux conditions du marché, dans lesquelles le Cabinet effectue une mission d'audit légal.

#### **IV.2.2. Affectation des dossiers selon les compétences / Organisation par secteur d'activité**

Au sein du Cabinet les clients sont affectés en tenant compte des expériences des collaborateurs et des chefs de mission.

La fréquence ou l'importance de ces activités permet de consolider les expériences et de développer des compétences sectorielles.

Le Cabinet a mis en place pour ces secteurs des moyens adaptés en termes de ressources humaines et de supports techniques professionnels.

#### **IV.2.3. Responsabilité et pouvoir en matière de qualité de la Direction.**

La « direction » du Cabinet, responsable de la qualité par ailleurs, est le garant de la mise à disposition, des collaborateurs opérationnels, des méthodes et supports de travail définis et présentés dans les chapitres suivants :

- Responsabilité des organes dirigeants au regard de la qualité,
- Ethique et règles déontologiques,
- Ressources humaines,
- Acceptation et maintien de la mission,
- Exécution de la mission,
- Supervision du système qualité.

La « direction » est responsable de la définition et de l'application effective de la politique qualité au sein du cabinet.

A ce titre, la « direction » vérifie l'efficacité des dispositions mises en œuvre et leur amélioration continue tenant compte des difficultés rencontrées ou réclamations et du développement du management de la qualité.

La revue systématique des dossiers par le CAC permet de s'assurer de la bonne tenue des dossiers

conformément aux dispositions définies dans ce Manuel de procédures, et de la qualité des contrôles (pertinence technique des travaux d'audit et cohérence interne des dossiers).

Le processus d'audit interne qualité vise à assurer le respect des procédures définies et de remédier aux difficultés rencontrées au travers d'actions correctives adaptées.

Sur chaque mission, les collaborateurs ont la responsabilité d'assurer une prestation conforme aux normes de qualité de la profession et aux supports internes au Cabinet.

#### **1.2.4. Règles professionnelles applicables**

Les activités de notre profession sont régies par différents cadres réglementaires et législatifs et par la doctrine de la CNCC :

- La directive 2014/56/UE du parlement Européen et du Conseil du 16 avril 2014 modifiant la directive 2006/43/CE concernant les contrôles légaux des comptes annuels et des comptes consolidés
- Le règlement (UE) No 537/2014 du Parlement Européen et du Conseil du 16 avril 2014 relatif aux exigences spécifiques applicables au contrôle légal des comptes des entités d'intérêt public et abrogeant la décision 2005/909/CE de la Commission.
- Le code de commerce.
- Les Normes d'Exercice Professionnel (NEP).
- Le Code de Déontologie de la profession de Commissaire aux comptes.
- Les avis du H3C.

Les documentations utilisées au sein du cabinet sont les suivantes :

- site internet de la CNCC,
- supports de séminaires et formations de la CNCC et autres,
- documentation CNCC (ouvrages de base, revues, notes d'information...),
- documentation des éditions Francis LEFEBVRE : Mémento comptable, fiscal, social, droit des affaires, Feuilles Rapides,
- Revue Fiduciaire Comptable, Feuilles Hebdomadaires du Groupe Revue Fiduciaire,
- RF ACTUA Commissaire aux comptes (formation audit homologuée en ligne de la Revue Fiduciaire)
- Accès à la documentation complète des Editions Francis Lefebvre sur internet (abonnement NAVIS)

Ces documents sont en accès libre à tout collaborateur audit, soit dans le local dédié à la documentation, soit sur internet avec les codes d'accès communiqués.

La « direction » et le responsable du département d'audit ont la responsabilité d'appréhender ces textes, et de maintenir une veille technique : toute modification substantielle de ces référentiels et leur implication sur notre activité est signalée aux collaborateurs et peut justifier, si besoin, une modification des supports de travail.

#### **IV.2.4. Système de management de la qualité**

Le système de management de la qualité est conçu pour satisfaire les exigences de la loi (Code de commerce), du code de déontologie et des normes de la profession.

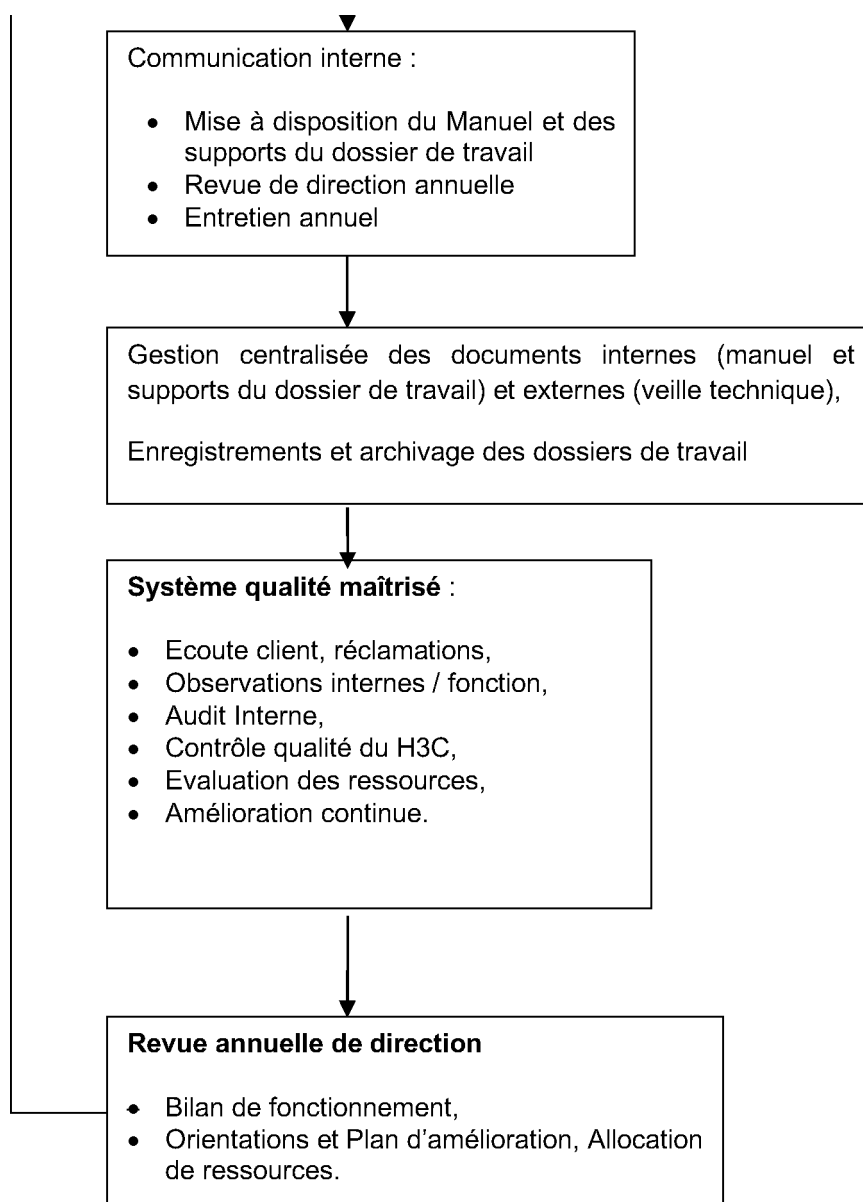
Ce système est alimenté par les résultats des différents contrôles, internes ou externes, à laquelle est soumise la profession, ainsi que par les commentaires des collaborateurs, et les décisions de la direction en matière de qualité.

Les principales étapes du processus de management de la qualité sont les suivantes :

## Principales étapes du processus de Management de la qualité

Politique et objectifs qualité

Manuel et supports du dossier de travail à maîtriser,  
Règles professionnelles (y compris les NEP) et déontologiques



### IV.2.5. Revue et maîtrise de la qualité

Le fonctionnement du Cabinet repose fondamentalement sur l'éthique et la compétence de ses collaborateurs qui pratiquent quotidiennement l'autocontrôle et s'astreignent au respect des normes du métier et des contraintes réglementaires et légales qui sont applicables à notre activité.

Ainsi, un certain nombre de procédures permettent de :

- Mesurer avec précision la qualité des services et le respect des normes internes,
- S'assurer de l'application des dispositions définies et de leur efficacité au regard des objectifs à atteindre et identifier toutes pistes d'amélioration potentielles.
- Mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour faire évoluer le système qualité et satisfaire les attentes des clients.

La « gestion de l'amélioration continue » couvre les actions suivantes :

- Le contrôle interne : la « direction » du Cabinet est formée afin de vérifier la conformité d'application et l'efficacité des procédures internes. Il s'agit de déterminer si le système de management de la qualité est conforme aux dispositions planifiées, et mis en œuvre et entretenu de manière efficace.
- La maîtrise des prestations effectuées :
  - des contrôles internes qualité sont effectués par le responsable du département audit et supervisé par la « direction » afin de reporter et de synthétiser les résultats pour tout le Cabinet ;
  - des contrôles externes sur la qualité sont également effectués par des inspections assurées lors des contrôles tri-annuels organisés par le H3C.
- L'analyse des données : Les résultats des contrôles qualité et toute autre information susceptible d'impacter notre client ou le Cabinet sont reportés auprès de la « direction » qui les analyse et exploite les informations pour mettre en œuvre les actions correctives voire les plans d'actions d'amélioration planifiés.
- L'amélioration continue est développée au quotidien. Chaque collaborateur peut rapporter toute observation relative à la maîtrise de la qualité. Ces informations sont alors prises en compte par la « direction » / qualité et peuvent donner lieu à actions correctives et/ou préventives.
- L'animation de la démarche qualité s'effectue au travers de la tenue des réunions de management périodiques et de la revue de direction annuelle,
- L'écoute des clients et la mesure de leur satisfaction: des entretiens périodiques avec les dirigeants d'entreprise ont pour but de nous assurer de leur satisfaction et recueillir leurs observations et attentes éventuelles.

### **IV.3. Revue indépendante**

Si nécessité, un réviseur indépendant externe accompagne la réalisation de la mission et s'assure de la bonne tenue des dossiers conformément aux dispositions définies dans le Manuel de procédures, et de la qualité des contrôles (pertinence technique des travaux d'audit et cohérence interne des dossiers).

En cas de désaccord, il en fait part au commissaire aux comptes signatures, pour discussion et prises en compte dans la documentation des diligences réalisées.

### **IV.4. Contrôle externe de la qualité**

Le cabinet est soumis aux contrôles qualité périodiques prévus par les dispositions légales et réglementaires régissant la profession. Le H3C contrôle l'activité du cabinet. Les derniers contrôles ont été les suivants :

Contrôle portant sur l'exercice 2020, réalisé en 2021 (contrôle délégué à la CRCC)

Au cours de ces contrôles, le H3C évalue les systèmes de contrôle de la qualité et revoit une sélection de dossiers d'audit. A la suite de chaque contrôle, le cabinet a pris en compte les remarques formulées par le H3C.

## **V. DEONTOLOGIE PROFESSIONNELLE**

### **V.1. Objet, responsabilité, périmètre**

#### **V.1.1. Objet**

- Obtenir l'assurance raisonnable que le Cabinet et ses collaborateurs respectent les règles déontologiques et plus particulièrement les règles d'indépendance.
- Identifier et évaluer les situations de nature à porter atteinte à l'indépendance et prendre des mesures de sauvegarde destinées à éliminer les risques identifiés.

Les principes fondamentaux de comportements sont les suivants :

- Intégrité,
- Impartialité,
- Indépendance,
- Conflit d'intérêt,
- Compétence professionnelle.
- Confraternité,
- Discrétion.

La « direction » représentée par Monsieur Guillaume BELLAICHE seul, est responsable de l'application des procédures participant au respect de ces principes fondamentaux.

#### **V.1.2. Responsabilité**

- Monsieur Guillaume BELLAICHE, associé exerçant une activité de CAC au sein du Cabinet.

#### **V.1.3. Périmètre**

Le présent thème applicable aux missions d'audit et d'examen limité ou aux autres missions du CAC est défini par référence au CDD.

## **V.2. Procédures mises en œuvre relatives au respect des règles de déontologie professionnelle**

### **V.2.1. Modalités**

Les modalités retenues pour assurer la prise en compte des règles d'éthique et d'indépendance par tous sont les suivantes :

- La sensibilisation aux règles d'éthique et d'indépendance sera assurée par une diffusion la plus large à tous les collaborateurs du Cabinet. La formation continue interne, les contrôles « qualité interne », les réunions avec la « direction » du cabinet sont les principaux moyens utilisés pour promouvoir les règles d'éthique et d'indépendance.
- Responsabilisation des acteurs : une déclaration écrite d'indépendance et de confidentialité, écrite et signée des collaborateurs matérialise l'engagement des associés et collaborateurs à respecter les règles et les procédures du Cabinet relatives à l'éthique.
- La veille effectuée par la « direction » sur les informations internes et externes lui permet de connaître des risques ou des manquements liés au respect des règles d'indépendance.

### **V.2.2. Indépendance et conflits d'intérêt**

#### **V.2.2.1 Cabinet**

Le cabinet est indépendant au plan juridique et financier.

Au plan économique, le cabinet voit son indépendance garantie par des ratios financiers solides, avec un chiffre d'affaires. Aucun de nos clients ne contribue à plus de 5% de notre chiffre d'affaires.

#### **V.2.2.2 Collaborateurs**

L'indépendance et la déontologie sont au cœur des préoccupations des professionnels. A ce titre, les cabinets se dotent d'une organisation, de procédures et de politiques dont le respect constitue un impératif.

Au-delà de ces dispositifs, l'indépendance et la déontologie constituent une composante inhérente à la conduite quotidienne des activités et un élément clé du comportement professionnel.

#### **V.2.3. Incompatibilités**

Tous les ans, le Cabinet rappelle, lors d'une réunion de bureau, les principes essentiels d'incompatibilités à respecter par les collaborateurs et Monsieur Guillaume BELLAICHE intervenant en audit.

#### **V.2.4. Secret professionnel**

Monsieur Guillaume BELLAICHE et autres collaborateurs professionnels sont tenus, en application de l'article L 822-15, au secret professionnel.

Toute information obtenue dans le cadre de leurs travaux professionnels doit être reçue et conservée dans la plus grande confidentialité.

Les contrats de travail contiennent une clause concernant le secret professionnel.

#### **V.2.5. Autorévision**

La CNCC a élaboré une Pratique professionnelle identifiée par le H3C comme BPP lors de sa séance du 3 novembre 2011. Elle est jointe dans son intégralité aux annexes du § 2 du Manuel Qualité du cabinet.

La BPP de la CNCC traite de l'autorévision lors de l'acceptation du mandat et de l'autorévision en cours d'exercice de la mission. Elle comporte en annexe les textes de référence, des exemples de situations et des exemples de questionnaires d'analyse.

Elle vise à aider le CAC dans les prises de décisions relatives à l'acceptation ou au maintien des mandats, en explicitant les situations d'autorévision, le risque d'autorévision susceptible d'en résulter, et le cas échéant la possibilité de mettre en place des mesures de sauvegarde appropriées.

Le caractère particulier de chaque situation rend nécessaire une analyse attentive des prestations fournies afin d'identifier le cas échéant un risque d'autorévision au regard des comptes que le CAC est, ou pourrait être, amené à certifier.

A cet effet, la démarche de la BPP est présentée sous la forme d'un arbre de décision, accompagné de commentaires explicatifs nécessaires à sa bonne mise en œuvre.

En synthèse, l'arbre de décision de la BPP comporte 4 étapes présentées ci-dessous :

- **Etape 1** : identification de prestations antérieures réalisées par le CAC ou son réseau ?
  - Si non : acceptation possible du mandat
  - Si oui : aller à l'étape 2
- **Etape 2** : Les effets de ces prestations se poursuivent-ils dans le temps et entrent-ils dans le champ des éléments susceptibles d'être contrôlés dans le cadre d'une mission de contrôle légal des comptes ?

Si non : acceptation possible du mandat

Si oui : aller à l'étape 3

- **Etape 3** : Les effets des prestations antérieures sont-ils suffisamment faibles pour que l'indépendance du CAC de risque pas d'être affectée ?

Si oui : acceptation possible du mandat

Si non : aller à l'étape 4

- **Etape 4** : Face au risque d'autorévision, le CAC peut-il mettre en place des mesures de sauvegarde appropriées ?

Si oui :

- acceptation possible du mandat sous réserve de la mise en place de mesure de sauvegarde
- Information du H3C
- Information de l'entité

Si non :

- Refus de la mission : situation d'autorévision de nature à affecter le jugement professionnel du CAC, l'expression de son opinion, ou l'exercice de sa mission

Ces principes sont mis en œuvre dans le traitement des dossiers, lors de l'acceptation du mandat puis, à chaque exercice, il est indiqué dans la note de synthèse en N sur N-1 si les conditions de maintien existent pour continuer le mandat en N.

## **V I. FORMATION CONTINUE**

### **V I.1. Principes**

Le Cabinet prend en compte le besoin de formation continue pour la « direction » et tous les collaborateurs. Il fournit les ressources nécessaires et l'assistance pour permettre au personnel de développer et de maintenir le niveau d'aptitudes et de compétences requis.

Le plan de formation est élaboré en tenant compte à la fois des axes stratégiques du Cabinet et des besoins exprimés par la direction et les collaborateurs.

### **V I.2. Mise en œuvre**

#### **V I.2.1. Identification des besoins en formation :**

La politique formation et le plan de formation est établi par la « direction » en s'appuyant notamment :

- sur les compétences effectives des collaborateurs,
- sur la politique générale du cabinet,
- sur les besoins émis par l'encadrement et /ou le personnel;
- sur les besoins liés aux évolutions des marchés et de l'environnement;
- sur l'évolution des techniques;
- sur l'analyse des réclamations et retours clients,
- sur l'évolution de la législation se rapportant aux métiers du cabinet;
- sur les besoins ressentis par la direction en sa qualité de responsable de la qualité, etc...

#### **VI.2.2. Choix et planification des formations :**

La « direction » choisit les formations pour satisfaire les besoins exprimés ou recensés et les objectifs du cabinet.

Les formations sont choisies au travers de documents reçus en cours d'année et classés dans le dossier « offres de formation ». Cette recherche peut être effectuée auprès d'autres organismes pour des besoins spécifiques.

Les besoins de formation sont recensés par la « direction ».

#### **VI.2.3. Formations internes et externes:**

- Les formations externes sont réalisés par des organismes sélectionnés sur la base de programmes écrits .Les programmes des stages retenus sont conservés par l'assistante de direction dans le classeur « formation ».
- Les formations internes sont assurées par les personnes, habilitées à former dans leurs domaines de compétences respectives, les collaborateurs permanents, intérimaires et stagiaires.

De manière générale un exemplaire de chaque module de formation interne ou externe est conservé au service administratif avec les feuilles d'émargement visées par les participants pour preuve de la bonne exécution des formations.

#### **VI.2.4. Suivi des formations :**

Dossier individuel du personnel: Sont conservées dans ce dossier les actions de formation effectuées, matérialisées au moyen de la fiche pédagogique, une copie de la fiche de présence du personnel à la formation ou une copie de l'attestation délivrée par l'organisme de formation.



## **VI .3. Données chiffrées**

En 2023, 40 heures ont été consacrées à la formation.

## **VII. ASSOCIES**

### **VII .1. Base de rémunération des associés**

Les associés salariés sont rémunérés selon un barème déterminé chaque année.

### **VIII .2. Rotation des associés**

Concernant la rotation des associés, le cabinet n'a pas été concerné par cette situation. Compte-tenu du nombre limité de mandats concernés par la rotation des signataires, le point sera analysé au cas par cas lors des exercices concernés.

## VIII. SIGNATURE ET CONCLUSION

En application de l'article R. 823-21 du Code de commerce, les commissaires aux comptes désignés auprès de personnes ou d'entités dont les titres financiers sont admis aux négociations sur un marché réglementé ou auprès d'établissements de crédit sont tenus de publier un ensemble d'informations descriptives concernant leur organisation et leurs activités.

Pour le cabinet SODENCIA, ces éléments sont exposés dans le présent rapport de transparence pour 2023. Dans ce cadre, ils doivent également porter à la connaissance du public les éléments que nous avons rassemblés dans les pages suivantes :

Annexe 1 : Liste des entités d'intérêt public

Annexe 2 : Déclaration de la direction relative au contrôle de la qualité, à l'indépendance et à la formation

A paris

Le 1 janvier 2023



**Guillaume BELLAICHE**  
**Commissaire aux comptes**  
Mandataire social - Cabinet SODENCIA

## **IX. ANNEXE 1 - LISTE DES ENTITES D'INTERET PUBLIC**

La liste des entités d'intérêt public pour lesquelles le contrôleur légal le cabinet d'audit a effectué des contrôles légaux des comptes au cours de l'exercice 2023 sont :

- SELCODIS

68 RUE SINGER  
75116 PARIS

## **X. ANNEXE 2 - DECLARATION DE LA DIRECTION RELATIVE AU CONTROLE DE LA QUALITE, A L'INDEPENDANCE ET A LA FORMATION**

Nous confirmons, en application des dispositions prévues à l'article R. 823-21 du Code de commerce, que :

- Nous avons mis en place un système de contrôle de la qualité tel que décrit ci-avant dans le rapport de transparence 2023 établi pour le cabinet SODENCIA. Ce système permet une gestion des risques appropriée et le respect des dispositions légales et réglementaires qui nous sont applicables ;
- Le dispositif de maintien et de contrôle de l'indépendance, décrit également dans ce rapport de transparence 2023, est appliqué à l'ensemble des professionnels, associés et autres collaborateurs intervenant auprès des clients dont nous certifions les comptes ;
- La politique de formation continue exposée dans ce même rapport vise à permettre le respect par les professionnels concernés des dispositions des articles L. 822-4 et R. 822-61 du Code de commerce.

Les situations qui ne seraient pas conformes font l'objet d'un suivi de notre part pour y remédier.

**Guillaume BELLAICHE**

**Gérant - Cabinet SODENCIA**