

TOUTE L'ACTUALITÉ DU SECTEUR
ALIMENTAIRE DU COMMERCE DE GROS (CCN 3044)

COMMERCE DE GROS **FO**



EDA
CEPA
AVON
ARGEL
BRAKE
FRESCA
THIRIET
POMONA
BIOCOOP
ITM/LEMI
CHARLES
SOLEMCO
ANTARTIC
DESSAILLY
DELACRUZ
SA PAULET
LESTIENNE
TOUPARGEL
DISTRIBORG
LE CENTURION
VIVIERS ROSCOFF
PLACE DU MARCHÉ
ENTREPÔTS LECLERC
UNION PRIMEURS LAURANCE

LA PROTECTION SOCIALE

La mutuelle protection santé dans le commerce de gros
Le régime de prévoyance
Les retraites

FGTA
FORCE
OUVRIÈRE

EDITORIAL



Par **JANINE LECOT-LOTHORE**

Secrétaire fédérale du secteur Commerce
Alimentaire et Distribution

« Nous avons le devoir de demander l'ouverture des négociations dans les entreprises où la protection sociale est faible, voire inexistante »

A fin de répondre aux nombreuses questions qui me parviennent régulièrement sur l'ensemble des sujets qui vous concernent, j'ai décidé de réaliser ce premier numéro d'information sur la « protection sociale ». Celui-ci ayant déjà été réalisé pour la grande distribution, je l'ai adapté à la branche Commerce de gros.

Les délégués de certaines entreprises n'ont que très peu d'informations sur l'adhésion aux régimes de prévoyance et aux couvertures des frais de santé : comment, pourquoi, est-ce obligatoire ou non ?

Dans ce premier numéro, nous rappelons les modalités et les divers avantages selon les différents contrats.

Aujourd'hui, la précarité qui touche de plus en plus de familles nous impose le devoir d'informer et de demander l'ouverture de négociations sur la protection sociale dans toutes les entreprises, particulièrement dans les petits établissements et les enseignes franchisées, là où le plus souvent la protection sociale est faible, voire inexistante.

En général, les salariés des enseignes dites « groupes » bénéficient d'une couverture sociale non négligeable grâce aux accords collectifs ou conventionnels à caractère obligatoire. Cependant, dans un environnement en constante évolution (nouvelles législations, nouveaux besoins des salariés), les délégués Force Ouvrière se doivent d'être attentifs au suivi du régime pour négocier régulièrement des adaptations par une révision du contrat. Ce suivi constant doit permettre de perfectionner cet outil primordial de solidarité.

Nous abordons également quelques points sur les retraites, le travail après 60 ans et les majorations de la durée de l'assurance selon le nombre d'enfants.

Nous espérons que ce document sera pour vous un outil dans votre rôle social auprès des salariés. Nous envisageons de publier ce manuel d'informations sur d'autres thèmes au rythme trimestriel.

Pour tout complément d'information, contacter moi au 01 40 52 85 20 ou par mail janine.lecot-lothore@fgta-fo.org ■

La mutuelle “protection santé” dans le commerce de gros CCN 3044

De nombreuses enseignes ont négocié des accords collectifs permettant à leurs salariés de bénéficier d'une garantie financière venant compléter les remboursements versés par le régime maladie de la Sécurité sociale.

Ces accords peuvent avoir été négociés au niveau de la société avec les partenaires sociaux pour l'ensemble de ses établissements et de ses filiales.

En ce qui concerne les établissements indépendants, les accords se font par établissement ou en regroupement régional afin d'obtenir des tarifs préférentiels.

Par cette signature, les entreprises bénéficient d'exonérations de cotisations sociales sur la part prise en charge par l'employeur, dans la limite de certains plafonds et en contrepartie de quelques obligations sur lesquelles repose la solidarité mise en œuvre à travers les contrats collectifs, telle que l'adhésion obligatoire du salarié. Cette participation de l'employeur est également déductible de l'impôt sur les sociétés. Dans ce cas là, la part restant à charge du salarié est aussi déductible de l'impôt sur le revenu si celui-ci est imposable.

Certaines enseignes n'ont pas d'accord collectif de protection santé complémentaire à la garantie apportée par le régime général de la sécurité sociale.

Les salariés de ces entreprises ne disposent donc d'aucun poids collectif sur leurs dirigeants au titre de cette protection complémentaire santé à caractère social.

Dès lors, il appartient aux Instances de Représentations du Personnel de tout mettre en œuvre pour ouvrir la négociation collective. Ce type d'accord permet de sortir de l'isolement social des salariés qui n'ont pas de revenus suffisants pour couvrir financièrement une protection santé efficace au profit d'eux-mêmes et de leur famille.

Face au désengagement de la Sécurité sociale programmé par le gouvernement qui projette un transfert de

charges vers les complémentaires santé et, par conséquent, vers les salariés, il est aujourd'hui nécessaire et urgent que chaque salarié puisse faire face aux coûts des soins grâce à une couverture santé et maladie complémentaire.

“ Ce type d'accord permet de sortir certains salariés de l'isolement social “

Quand son financement est mutualisé, le coût d'adhésion est réparti entre l'employeur et le salarié. Cette garantie d'accès aux soins favorise l'environnement et le bien-être au travail.

La hausse des cotisations amorcée en 2010 se poursuivra en 2011.

Les raisons de cette hausse sont, entre autres, les suivantes :

- **l'augmentation du tarif des consultations,**
- **la baisse du remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux,**
- **la contribution au financement de la CMU-C financée jusqu'alors par une contribution à la charge des organismes se transforme en taxe «solidarité» dont le montant est fixé à 6,27% des cotisations et s'y rajoute une**
- **taxe sur les contrats d'assurance de 3,5% des mêmes cotisations**
- **l'impact de la baisse d'effectif dans les entreprises (restructurations, suppressions de postes) réduit le nombre d'adhérent cotisants, ce qui pourrait créer un impact à terme sur l'évolution des garanties ■**

A compter du 2 mai 2011, le taux de remboursement Sécurité Sociale baisse de 35 à 30% sur les vignettes bleues, et de 65 à 60% sur les dispositifs médicaux individuels.

■ LES MODES D'ADHÉSION À UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COMMUNÉMENT APPELÉE MUTUELLE

L'adhésion obligatoire à un régime complémentaire de santé dans le cadre du contrat de travail :

- **DUE** (décision unilatérale de l'employeur),
- **Accord collectif**. Celui-ci permet aux partenaires sociaux une meilleure négociation auprès de l'organisme en raison du poids du nombre d'adhérents, tant sur le montant des cotisations que sur les garanties au profit des salariés. Il présente la garantie d'un contrôle et d'une gestion maîtrisée par un Conseil de surveillance composé de représentants de toutes les parties signataires,
- les taux de remboursements complémentaires seront plus élevés qu'avec un contrat individuel.

Que l'on soit dans le cadre d'une DUE ou d'un accord collectif, La couverture doit rester ouverte à l'ensemble des salariés de l'entreprise quelle que soit leur date d'embauche. Seuls les salariés présents dans l'entreprise au moment de la mise en place de ce système ont la possibilité de refuser de cotiser à ce régime, sans remise en cause de l'exonération plafonnée des contributions de l'employeur.

Les salariés embauchés après la mise en œuvre de la mutuelle sont tenus de cotiser, sauf s'ils se trouvent dans un autre cas prévu par un accord d'entreprise ouvrant droit à une dispense. Lorsque les deux conjoints travaillent dans la même entreprise, il peut-être prévu dans l'accord une réduction de la cotisation de l'un des conjoints tout en maintenant les garanties.

A NOTER

19 % des salariés qui perçoivent des bas revenus ne sont pas couverts par une mutuelle

Le libre choix à défaut d'accord collectif :

- l'accord sera passé par le salarié avec l'organisme de son choix,
- aucun lien avec le contrat de travail,
- cotisations payées à 100% par le salarié,
- risque pour les bas salaires de ne pouvoir prendre qu'une garantie de base,
- ne pouvoir prétendre aux options proposées,
- amélioration des garanties assujettie au bon vouloir de l'assureur.

Quelques protections qui apparaissent nécessaires face aux aléas de la vie

- **Prise en charge de la chambre individuelle en cas d'hospitalisation**
- **Prise en charge de l'hébergement de l'accompagnant pour enfant hospitalisé**
- **Prise en charge des frais de dépassement d'honoraire.**
- **Maternité**
- **Prothèses et appareillages médicaux**

Quelques améliorations à négocier pour les accords existants.

- **Prise en charge à 100% (hors remboursement SS) des médicaments prescrits sur ordonnance.**
- **Prise en charge par l'employeur des augmentations de cotisation.**
- **Prise en charge du coût des médecines dites « douces ».**

BON À SAVOIR

Si votre conjoint est déjà couvert par une garantie frais de santé, le fait d'avoir à son tour une mutuelle complémentaire ne doit pas être envisagé comme un simple surcoût. Il est fréquent que les options de remboursement proposées par votre régime et celui de votre conjoint(e) diffèrent. Ainsi, en cas de besoin, si l'une des deux mutuelles complémentaires ne couvre pas tous les frais générés, l'autre mutuelle pourra elle aussi s'appliquer et couvrir une partie ou la totalité des frais restant à charge ■

REGIME PREVOYANCE

■ LES RÉGIMES DE PRÉVOYANCE DEPUIS LA LOI EVIN DE 1989, LA LOI DU 8 AOÛT 1994, ET LA LOI FILLON DU 21 AOÛT 2003

Le principal objectif des régimes de prévoyance est de permettre aux salariés de percevoir un complément de rémunération en cas d'arrêt de travail en complément des indemnités journalières, soit 50% du salaire versé par la Sécurité sociale.

Ce régime intervient dans les cas suivants :

- incapacité de travail temporaire,
- invalidité permanente ou temporaire,
- pour assurer le versement d'un capital décès aux ayants droit (bénéficiaire désigné) ou le versement d'une rente au conjoint,
- pour le versement d'une rente éducation au bénéfice des enfants.

La mise en place d'un régime de prévoyance peut être opérée de différente manière. Le plus souvent elle se fait par la signature d'un accord collectif, mais peut aussi être effectuée suite à un référendum à l'initiative des représentants du personnel ou de l'employeur, ou bien par décision unilatérale de l'employeur.

Le Régime de prévoyance collectif présente l'intérêt, tout comme la mutuelle, de permettre la négociation entre partenaires sociaux et d'obtenir des taux de garanties plus élevées,

des cotisations à coût moindre, une répartition en faveur du salarié et un suivi régulier de l'équilibre financier du régime.

Important : Les modalités de versement des prestations du Capital Décès

La désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré est particulièrement réglementée. Le capital ou la rente peut être versé(e) à un ou plusieurs bénéficiaires. La désignation du bénéficiaire peut être nominative. Elle peut aussi être effectuée à destination d'une ou plusieurs personnes qui sont clairement identifiées. Il s'agit en général du conjoint, des enfants nés ou à naître de l'assuré ou d'une personne désignée, ou des héritiers. L'assuré peut aussi désigner des bénéficiaires subsidiaires : frères et sœurs, ascendants ou ayants droit de l'assuré.

La qualité du conjoint est souvent précisée : conjoint non divorcé ou non séparé, concubin...

Aucune règle de forme ne s'impose à la désignation du bénéficiaire. Elle doit être suffisamment claire pour attester la volonté de l'assuré.

En cas de modification de la composition de la famille, il est impératif de réactualiser la désignation du ou des bénéficiaires, par exemple en cas de séparation du couple ■

■ ACCORD PREVOYANCE - BRANCHE COMMERCE DE GROS - CCN 3044

L'accord du 18 janvier 2010 porte création d'un régime de prévoyance dans cette branche dont vous dépendez.

Son extension validée par le Ministère permet son application dans les entreprises à compter du 1^{er} avril 2011.

Cet accord permet à l'ensemble des salariés non cadres de la branche de bénéficier de garanties pour les principaux risques que sont le décès, l'incapacité, et l'invalidité.

Champ d'application et bénéficiaire

Toute entreprise entrant dans le champ d'application de la CCN des commerces de gros doit instituer un dispositif obligatoire de prévoyance.

Sauf s'il en a un de niveau égal ou supérieur.

- **Bénéficiaire du régime de prévoyance national tous les salariés non cadres.**

(Nota- les salariés cadres sont déjà obligatoirement couverts par la convention de 1947).

- Est considérée comme salarié, toute personne titulaire d'un contrat de travail conclu au sein de l'entreprise qu'elle qu'en soit la nature.

- **Toute entreprise ne disposant pas d'un régime de Prévoyance doit prendre ses dispositions dès maintenant pour souscrire un contrat de prévoyance-Elle bénéficie d'un délai de 3 mois.**

Les entreprises disposant d'un régime de prévoyance antérieur à la date de l'accord de branche couvrant au moins un des risques du régime collectif (incapacité, invalidité, décès) ont l'obligation, si nécessaire de mettre leurs garanties à niveau dans les 3 mois. Suivant la date d'effet de l'accord, ces mêmes entreprises disposeront d'un délai supplémentaire, jusqu'à la prochaine échéance de leur contrat, pour se mettre en totale conformité avec les autres dispositions de l'accord

de branches (notamment taux de cotisation et répartition). Les nouvelles entreprises entrant dans le champ d'application, de l'accord disposeront d'un délai maximum de trois mois pour souscrire un contrat conforme au présent accord. En tout état de cause les entreprises auront l'obligation, si nécessaire de mettre leurs garanties à niveau dans les 3 mois de la date d'effet du présent accord.

Si l'entreprise souhaite adhérer à un autre contrat que le « contrat national de référence », **l'augmentation éventuelle de la part de cotisation à la charge des salariés par rapport au montant fixé ci-dessus** devra se faire selon l'une des formes prévues à l'article L 911-1 du code de la sécurité sociale a savoir :

- soit par conventions ou accords collectifs,
- soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise,
- soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

PORTABILITE DES DROITS A PREVOYANCE

(article 1.8 de l'accord)

L'accord de branche organise la portabilité des droits à prévoyance :

En application de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008, tout salarié dont le contrat est rompu (sauf faute lourde) et qui ouvre droit à l'assurance chômage pourra continuer à bénéficier de la couverture prévoyance instituée par l'accord de branche pendant 9 mois maximum.

L'accord de branche organise le financement conjoint et permet aux employeurs de précompter, lors de la rupture du contrat de travail, la quote-part totale de la cotisation salariale prévisionnelle, la CSG et la CRDS dues par l'ex-salarié.

LE CONTRAT NATIONAL COLLECTIF DE REFERENCE

(article 2 de l'accord)

Afin de permettre aux entreprises de la branche qui le souhaitent (notamment les TPE et PME) d'avoir accès à la couverture des risques dans de bonnes conditions tarifaires, quels que soient les profils démographiques des bénéficiaires, la commission paritaire nationale de la CCN des commerces de gros n°3044 a procédé à un appel d'offre.

Trois organismes assureurs, **AG2R Prévoyance**, **IONIS Prévoyance** (groupe Aprionis) et **URRPIMEC** (Groupe Malakoff/Médéric) ont été sélectionnés pour assurer et gérer les prestations sur la base d'un contrat unique co-assuré nommé « contrat national de référence ».

Ce contrat collectif groupe ouvert permettra aux entreprises qui y adhéreront de mutualiser les risques.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Les partenaires sociaux dont FO ont négocié avec les organismes retenus. 2 régimes complémentaires optionnels, qui permettront de renforcer les garanties du régime de prévoyance conventionnelles des salariés non cadres :

- Doublement du capital décès toutes causes à répartir entre les enfants à charge.
- Versement d'une rente annuelle d'éducation au profit de chaque enfant à charge.

COTISATIONS

La cotisation est égale à 0,39% du salaire brut répartie de la façon suivante :

- 0,234% à la charge de l'employeur
- 0,156% à la charge du salarié.

Le taux à charge de l'employeur est un minima, il ne peut aller au-dessous de 0,234%.

Une commission paritaire nationale de prévoyance est chargée de veiller à l'application de cet accord et à son bon fonctionnement. Elle se réunira une fois par an.

Une réunion spécifique de remise des comptes du « contrat national de référence » sera organisée une fois par an – ce rapport portera tous les éléments d'ordre économique-social...

En résumé :

- Ce contrat s'applique dans les entreprises non couvertes par un régime de prévoyance.
- Ce contrat s'applique dans les entreprises disposant déjà d'un régime couvrant 1 ou 2 garanties donc la 3ème du contrat réf s'applique.
- Ce contrat s'applique dans les entreprises disposant déjà d'un régime 3 garanties dont le taux et répartition de cotisations sont moins favorables.

Tout comme la grille des salaires minima, ce contrat de référence est un minima conventionnel, un socle de base à la négociation.

La FGTA-FO invite les délégués FO à négocier les garanties vers la hausse ainsi que les options.

Si le contrat existant est de niveau supérieur au contrat de référence, celui-ci est maintenu.

La FGTA-FO regrette de ne pas avoir été suivi par les autres organisations syndicales sur une garantie essentielle qui est la rente éducation (celle-ci n'étant qu'en option dans le contrat comme cela a été précisé plus haut).

L'accord vous a été adressé. Pour ceux qui ne l'auraient pas reçu, cet accord complet est en ligne sur le site FGTA-FO ■

LES RETRAITES

■ TRAVAILLER APRÈS 60 ANS

Il existe trois mesures possibles, la surcote, le cumul emploi-retraite et la retraite progressive.

Les conseillers retraite sont à votre disposition pour vous informer sur tous les détails de ces mesures dans votre caisse de retraite régionale.

Les garanties

Nombre d'années retenues pour le calcul du salaire annuel moyen, trimestres d'assurance exigés pour obtenir le taux maximum et pour calculer la retraite entière. Si vous faites le choix de partir en retraite après 60 ans, sachez que la loi vous garantit que les paramètres de calcul de votre retraite

ne changeront pas.

Vous pouvez donc poursuivre votre activité professionnelle au-delà de 60 ans et prendre votre retraite plus tard sans craindre de voir ces paramètres évoluer

Vous cessez votre activité à temps partiel et souhaitez prendre votre retraite complète ?

Ce n'est pas automatique, vous devez en faire la demande en complétant l'imprimé « Demande de retraite personnelle » disponible sur le site www.lassurancere-traitte.fr ou dans l'un des points d'accueil.

■ MAJORATIONS DE DURÉE D'ASSURANCE POUR LES ENFANTS SELON LEUR DATE DE NAISSANCE

Enfants nés ou adoptés avant 2010

Si vous partez à la retraite à partir du 1er avril 2010

- 4 trimestres pour la grossesse et l'accouchement
La majoration est accordée à la mère pour chaque enfant.

Ou

- 4 trimestres maximum pour les démarches d'adoption
La majoration est accordée à la mère sauf manifestation du père.

Pour profiter de tout ou partie de la majoration, ce dernier doit alors prouver qu'il a élevé seul l'enfant adoptif.

- 4 trimestres maximum pour l'éducation de l'enfant
La majoration est accordée à la mère sauf manifestation du père.

Pour profiter de tout ou partie de la majoration, ce dernier doit alors prouver qu'il a élevé seul l'enfant pendant une ou plusieurs années avant ses quatre ans ou dans les quatre ans suivant son adoption.

Il ne peut pas être attribué plus de huit trimestres par enfant.

Si vous partez à la retraite à partir du 1er avril 2010

- 4 trimestres pour la grossesse et l'accouchement
La majoration est accordée à la mère pour chaque enfant.

Ou

- 4 trimestres maximum pour les démarches d'adoption et pour l'éducation de l'enfant
Le couple dispose de six mois à compter du quatrième anniversaire de l'adoption pour décider du bénéficiaire ou de la répartition des trimestres.
Passé ce délai la majoration est accordée à la mère.
En cas de désaccord, la majoration peut être partagée.

Il ne peut pas être attribué plus de huit trimestres par enfant.

Les parents ayant eu trois enfants ou plus bénéficient d'une majoration de 10% de leur retraite.

Notre conseil pour toute orientation, consultez le site www.lassurancere-traitte.fr ou appeler Allo retraite au 3960

Enfants nés ou adoptés à partir de 2010

EN BREF

FONDS SOCIAL

L'action sociale est un complément aux dispositions contractuelles voulues par les partenaires sociaux.

Le fonds social des régimes mutuelle santé – prévoyance – caisses de retraite est destiné à permettre l'attribution, sur décision des Comités Paritaires de Gestion, d'allocations exceptionnelles à des salariés qui ont dû faire face à des dépenses particulièrement importantes compte tenu de leurs ressources familiales. Ces allocations sont versées dans le cadre des risques lourds : appareillage, aménagement de l'environnement pour les personnes en situation d'invalidité, orthodontie...

Les demandes sont examinées par le Conseil d'Administration de l'Institution.

Le conseil examine les dossiers présentés en tenant compte de divers éléments : âge, situation de famille, niveau des ressources familiales, montant des dépenses engagées, situation sociale...

Le conseil est constitué du patronat et des organisations syndicales.

Ces recours exceptionnels sont réservés aux personnes à faibles ressources et ne sont pas destinés à systématiser un complément aux prestations contractuelles d'un régime.

PORTABILITE

Rappel

Le maintien des couvertures Prévoyance et Frais Médicaux en cas de rupture du contrat de travail.

Pour rappel à la suite de l'avenant 3 du 18 mai 2009 à l'article 14 de L'Ani du 11 janvier 2008, les partenaires sociaux au niveau interprofessionnel ont créé un dispositif de maintien des couvertures complémentaires santé et prévoyance en cas de rupture du contrat de travail ou de fin de contrat, sous certaines conditions. Cela concerne : le champ d'application, les garanties, la durée, et le financement

Où obtenir des informations ? Auprès du régime auquel vous adhérez ou du service du personnel de votre établissement ou de la FGTA.

INFO DERNIERE MINUTE

Nouvelle mesure gouvernementale en date du 23 février 2011 (décret JO).

Hausse du seuil de prise en charge à 100% par l'assurance maladie des actes onéreux qui passent de 91 à 120 euros.

Ce nouveau frein à l'accès des soins a pour conséquence de sanctionner les patients et d'entraîner nécessairement en hausse du coût des complémentaires santé.

PERTE D'AUTONOMIE

Risques possibles à tout moment de la vie.

Pour FO une prise en charge collective et solidaire de la perte d'autonomie doit faire l'objet d'une négociation dans le cadre de la sécurité sociale, plus précisément de l'assurance maladie (reconnue 5ème risque), avec l'instauration d'une cotisation patronale et salariale spécifique.

A partir de la mise en place de ce 5ème risque.

Il pourra être possible pour les partenaires sociaux d'engager des négociations sur d'éventuelles améliorations dans les entreprises.

Dans le cadre d'une demande d'un salarié pour accéder à l'aide éventuelle accordée par le fonds social, les élus FO se doivent d'être aux côtés du salarié pour l'aider à compléter son dossier afin de maximiser ses chances.

DROIT A L'INFORMATION

Lorsqu'un régime mutuelle de complémentaire santé et /ou de prévoyance est mis en place dans une entreprise, une plaquette d'information sur le contenu de l'accord doit être remise au salarié. Les délégués FO doivent veiller à la bonne information des salariés en vérifiant que cette plaquette est bien distribuée.

ELABORATION DE TRACTS

Pour compléter vos tracts syndicaux, vous pouvez désormais utiliser le logo Grande Distribution FO ainsi que tous les autres logos comme ceux de la Confédération FO ou celui de la fédération FGTA-FO.

Ces logos sont à retrouver sur notre site www.fgta-fo.fr, dans la rubrique Infos pratiques > Téléchargez vos outils de communication syndicale.

VOS CONTACTS FGTA-FO COMMERCE DE GROS

Janine LECOT-LOTHORÉ - SECRÉTAIRE FÉDÉRALE
01 40 52 85 20 / janine.lecot.lothore@fgta-fo.org

Jacky LA SOUDIÈRE - Membre de la délégation en commission paritaire de la branche Commerce de gros
jacky.la-soudiere@hotmail.fr



www.fgtafo.fr