



# Le régime prévoyance/santé

## des journalistes rénumérés à la pige

Mode d'emploi  
des garanties de prévoyance  
et santé au profit des journalistes  
rénumérés à la pige

MARS 2022

l'essentiel

Le 24 septembre 2015, les organisations patronales et salariales ont signé un accord de branche qui réforme le régime de prévoyance des journalistes rémunérés à la pige et devient la nouvelle annexe III à la Convention collective nationale de travail (CCNT) des journalistes.

Cet accord, étendu par arrêté du 7 juillet 2016, paru au Journal Officiel du 17 juillet 2016, réorganise la protection sociale des journalistes rémunérés à la pige, améliore les garanties prévoyance existantes et s'enrichit d'une couverture frais de soins de santé financée collectivement par un fonds dédié.

Ce régime, effectif depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, est mis en œuvre par Audiens Santé Prévoyance, Institution de prévoyance du Groupe Audiens, groupe de protection sociale des professionnels de la culture, de la communication et des médias.

## Pourquoi cette couverture ?

Pour donner une réponse adaptée à la réalité d'un secteur où les journalistes rémunérés à la pige sont souvent multi-employeurs avec une activité discontinue. Ces spécificités d'emplois rendent difficile l'accès à une couverture collective santé et prévoyance continue et pérenne.

### Cet accord permet :

- ★ de satisfaire au cadre réglementaire, social et fiscal ;
- ★ d'améliorer les prestations décès, maladie, maternité et invalidité existantes ;
- ★ de créer un régime frais de soins de santé complémentaire à la Sécurité sociale, intégrant le maintien des garanties (dit «portabilité») ;
- ★ d'organiser une solidarité professionnelle via la constitution du Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige.

## Quel en est le fonctionnement ?

### Le régime prévoit :

- ★ des garanties de prévoyance pour l'incapacité temporaire de travail, le congé légal de maternité, l'invalidité et l'incapacité permanente ainsi que pour le décès ;
- ★ une garantie santé dédiée accessible à tous les journalistes rémunérés à la pige ;
- ★ le Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige, financé par les cotisations obligatoires des employeurs, permettant aux pigistes de bénéficier d'une participation patronale sur le montant de la cotisation à la Garantie Santé Pigistes.

## Quels sont les taux de cotisation ?

	Décès	Incapacité Maternité	Invalidité	Santé	Total
Part employeur	0,13 %	0,13 %	0,08 %	0,40 %	<b>0,74 %</b>
Part salariale	0,07 %	0,08 %	0,06 %	-	<b>0,21 %</b>
<b>Total</b>	<b>0,20 %</b>	<b>0,21 %</b>	<b>0,14 %</b>	<b>0,40 %</b>	<b>0,95 %</b>

L'assiette des cotisations est la totalité des piges annuelles brutes servant de base au calcul des cotisations de Sécurité sociale, avant éventuelle application de la déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnels appelée «abattement pour frais professionnels».

**À noter :** la contribution patronale relative à la couverture santé doit être réintégrée dans l'assiette de l'impôt sur le revenu du salarié.



# Prévoyance

## Qui peut bénéficier des garanties de prévoyance ?

Tout journaliste rémunéré à la pige dès lors qu'une entreprise a cotisé pour lui au moins une fois au titre du régime de prévoyance au cours des 12 mois civils précédant le sinistre.

Garanties	Montant
<b>Décès</b>	
Option 1 : Capital décès toutes causes	200 % du traitement de base (plafonné à 600 % du PASS)
Option 2 : Capital décès toutes causes	100 % du traitement de base (plafonné à 300 % du PASS)
Rente d'éducation annuelle	7 % du traitement de base par enfant et par an
Double effet toutes options par orphelin de père et mère <sup>(1)</sup>	100 % du capital décès toutes causes (selon l'option choisie)
<b>Incapacité temporaire</b>	
Franchise	45 jours continus réduits à 8 jours en cas d'hospitalisation de plus de 8 jours
Montant	30 % du traitement de base
<b>Maternité</b>	
Franchise	30 jours continus
Montant	30 % du traitement de base
<b>Incapacité permanente</b>	
Incapacité 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> catégorie	30 % du traitement de base
Incapacité 1 <sup>ère</sup> catégorie	15 % du traitement de base
<b>Incapacité permanente</b>	
Taux d'incapacité inférieur à 33 %	Aucune rente n'est versée
Taux d'incapacité entre 33 % et 65 %	3n/2 de la rente prévue pour un taux "n" supérieur ou égal à 66 %
Taux d'incapacité égal ou supérieur à 66 %	30 % du traitement de base

(1) Versement d'un second capital en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou pacsé avec enfant(s) à charge, ou si du seul fait du décès du pigiste, les enfants à charge deviennent orphelins de père et de mère.

n = taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale  
**PASS** : Plafond annuel de la Sécurité sociale. Valeur 2022 : 41 136 €

Avec l'accord du 24 septembre 2016, le régime de prévoyance des journalistes professionnels rémunérés à la pige a été amélioré :

- ★ augmentation du capital décès ;
- ★ création d'une rente éducation pour les enfants à charge en cas de décès ;
- ★ délai de franchise limité à 8 jours en cas d'hospitalisation de plus de 8 jours consécutifs survenue au 1<sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail.

### À noter :

Ces dispositions ne se substituent pas à celles prévues par les articles 36 et 42 de la Convention collective nationale de travail (CCNT) des journalistes en cas de maladie, accident du travail et maternité, elles les complètent.

## Traitement de base et calcul des indemnités

Le montant des indemnités versées est calculé en fonction de la totalité des piges brutes retenues comme assiette de cotisations au cours des 12 mois précédant la dernière pige perçue avant le sinistre. On appelle ce revenu de référence le traitement de base.



## La Garantie Santé Pigistes

Accessible à tout journaliste rémunéré à la pige justifiant d'au moins une pige au cours des 24 derniers mois, la Garantie Santé Pigistes prévoit le remboursement de ses frais de santé, à un tarif avantageux, dès le niveau socle conventionnel, en complément de la Sécurité sociale, avec la possibilité d'affilier son conjoint et ses enfants.

### Les niveaux de remboursement surcomplémentaires facultatifs

La Garantie Santé Pigistes comprend également des niveaux de remboursement surcomplémentaires facultatifs au régime socle conventionnel, élaborés avec l'association journalistes Pigistes Ensemble Pour la Santé (PEPS). Le pigiste a la possibilité d'y souscrire pour lui et sa famille.

## Le Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige

Alimenté par les cotisations patronales prélevées sur chaque pige, le Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige est géré par Audiens. Il permet aux pigistes de bénéficier d'une prise en charge patronale égale à 50 % du montant de leur cotisation mensuelle au régime socle conventionnel de complémentaire santé.

## Qui peut bénéficier de la participation du Fonds collectif pour la santé des journalistes rémunérés à la pige ?

Tout journaliste rémunéré à la pige peut bénéficier de la participation du Fonds, déduite de sa cotisation mensuelle au régime socle conventionnel pour :

- ★ les années 2022 et 2023, s'il justifie d'un montant de 8 227 € de piges brutes cotisées en 2021 ;
- ★ le restant de l'année en cours et les années 2023 et 2024, dès qu'il justifie d'un montant de piges brutes cotisées de 8 227 € en 2022.

**Si ces montants ne sont pas atteints, la participation patronale peut être attribuée sur présentation d'un bulletin de pige ; elle sera déduite pour le mois de la pige et les deux mois suivants.**

## Quels sont les taux mensuels de cotisation pour le journaliste rémunéré à la pige ?

	Niveau socle conventionnel
Pigiste - avec la participation du Fonds	0,60 % PMSS
Pigiste - sans la participation du Fonds	1,20 % PMSS
Conjoint	1,20 % PMSS
Enfant*	0,60 % PMSS

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale. Valeur 2022 : 3 428 €

\* par enfant, gratuité à partir du 3<sup>e</sup> enfant

Les cotisations sont prélevées directement sur le compte bancaire du journaliste rémunéré à la pige.

**À noter :** le pigiste a la possibilité de souscrire un niveau de remboursement surcomplémentaire facultatif.



# L'essentiel des prestations

## EXTRAITS\*

			Sécurité sociale	Niveau socle conventionnel	Niveau 1 (Niveau socle conventionnel inclus)	Niveau 2 (Niveau socle conventionnel inclus)
<b>Soins courants</b>						
<b>Honoraires médicaux</b>	Consultation et visite généraliste, spécialiste (hors hospitalisation), actes techniques et d'imagerie médicale	Si votre médecin adhère aux DPTAM <sup>(1)</sup>	70 % BR	100 % BR	140 % BR	210 % BR
	Consultation et visite généraliste, spécialiste, sage-femme (hors hospitalisation), actes techniques et d'imagerie médicale	Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM <sup>(1)</sup>	70 % BR	100 % BR	120 % BR	190 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	Analyses et examens de laboratoire		60 % BR	100 % BR	130 % BR	200 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes)		60 % BR	100 % BR	130 % BR	200 % BR
<b>Médicaments</b>	Médicaments (y compris vaccins)		15 %, 30 % ou 65 % BR	100 % BR		
<b>Hospitalisation (y compris frais d'accouchement)</b>						
<b>Honoraires</b>	Consultation et actes techniques	Si votre médecin adhère aux DPTAM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	100 % BR	180 % BR	380 % BR
		Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	100 % BR	160 % BR	180 % BR
<b>Frais de séjour</b>	Frais de séjour		80 % ou 100 % BR	100 % BR		
<b>Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)</b>	Chambre particulière avec ou sans nuitée (sans limitation de durée)		-	27,42 € / jour (0,8 % du PMSS)	44,56 € / jour (1,3 % du PMSS)	68,56 € / jour (2 % du PMSS)
	Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans (sans limitation de durée)		-	27,42 € / jour (0,8 % du PMSS)	44,56 € / jour (1,3 % du PMSS)	68,56 € / jour (2 % du PMSS)
<b>Dentaire</b>						
<b>Soins</b>	Soins dentaires conservateurs ou de prévention (hors inlays-onlays)		70 % BR	100 % BR	140 % BR	210 % BR
	Actes techniques		70 % BR	100 % BR	120 % BR	190 % BR
<b>Soins et prothèses 100 % santé <sup>(2)</sup></b>	Prothèses 100 % santé		70 % BR	100 % des HLF		
<b>Soins et prothèses hors 100 % santé <sup>(2)</sup></b>	Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés		70 % BR	210 % BR	245 % BR	350 % BR
	Inlays-onlays et prothèses dentaires à tarifs libres		70 % BR	dans la limite des HLF		
<b>Orthodontie</b>	Orthodontie		100 % ou 70 % BR	100 % BR + 342,80 € <sup>(3)</sup> (10 % du PMSS)	100 % BR + 411,36 € <sup>(3)</sup> (12 % du PMSS)	100 % BR + 514,20 € <sup>(3)</sup> (15 % du PMSS)
<b>Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)</b>	Prothèses dentaires (par prothèse)		-	150,50 €	188,15 €	301,00 €
	Orthodontie adulte et enfant		-	342,80 € <sup>(3)</sup>	411,36 € <sup>(3)</sup>	514,20 € <sup>(3)</sup>

BR : Base de remboursement. FR : Frais réels. HLF : Honoraires limites de facturation. PLV : Prix limite de vente.

La présente garantie répond aux dispositions relatives aux contrats responsables. Seules sont retenues les dépenses afférentes à des actes donnant lieu à remboursement par la Sécurité sociale, sauf exception mentionnée. Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge, le cas échéant après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires, dans la limite des plafonds de prise en charge définis par la réglementation relative aux contrats responsables. Leurs montants sont exprimés en % de la base de remboursement ou en euros, y compris le remboursement de la Sécurité sociale. **Document non contractuel.**

\* Cette présentation est un extrait du tableau des garanties assurées par Audiens.

Les niveaux 1 & 2 sont souscrits par l'association PEPS «Pigistes Ensemble pour la Santé».

Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires. **Leurs montants sont exprimés y compris le remboursement de la Sécurité sociale.** En 2022, le plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) s'élève à 3 428 €. (1) DPTAM : Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO) prévus par la Convention nationale médicale du 25 août 2016. (2) Tel(le)s que défini(e)s réglementairement notamment au sein du Code de la Sécurité sociale, à l'article R.871-2, aux points 3° pour l'optique, 4° pour les aides auditives et 5° pour les prothèses dentaires. (3) Montant global par année civile et par bénéficiaire incluant la prise en charge des frais d'orthodontie remboursés ou non par la Sécurité sociale.

# L'essentiel des prestations

## EXTRAITS\*

		Sécurité sociale	Niveau socle conventionnel	Niveau 1 (Niveau socle conventionnel inclus)	Niveau 2 (Niveau socle conventionnel inclus)	
<b>Optique <sup>(4)</sup></b>						
<b>Équipements 100% santé <sup>(2)</sup></b>	Classe A : équipement verres et monture, prestations d'appairage et suppléments	60 % BR	100 % PLV			
<b>Équipements hors 100% santé <sup>(2)</sup></b>	Classe B : équipement verres et monture (dont 100 € maximum au titre de la monture)	équipement avec 2 verres simples	60 % BR	209,00 €	240,00 €	270,00 €
		équipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe	60 % BR	268,00 €	319,00 €	369,50 €
		équipement avec 1 verre simple et 1 verre très complexe	60 % BR	396,50 €	490,00 €	535,00 €
		équipement avec 2 verres complexes	60 % BR	327,00 €	398,00 €	469,00 €
		équipement avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe	60 % BR	455,50 €	569,00 €	634,50 €
		équipement avec 2 verres très complexes	60 % BR	584,00 €	740,00 €	800,00 €
<b>Lentilles correctrices</b>	Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale	60 % ou 0 % BR	100 % BR + 113,12 € <sup>(5)</sup> (3,3 % du PMSS)	100 % BR + 137,12 € <sup>(5)</sup> (4 % du PMSS)	100 % BR + 226,25 € <sup>(5)</sup> (6,6 % du PMSS)	
<b>Frais non remboursés par la Sécurité sociale</b> (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	Chirurgie réfractive	-	-	-	342,80 € par œil (10 % du PMSS)	
<b>Aides auditives</b>						
<b>Équipements 100 % santé <sup>(2)</sup></b>	Aide auditive classe I	60 % BR	100 % PLV			
<b>Équipements hors 100 % santé <sup>(2)</sup></b>	Aide auditive classe II	60 % BR	100 % BR + 100 € <sup>(6)</sup>	100 % BR + 250 € <sup>(6)</sup>	100 % BR + 400 € <sup>(6)</sup>	
<b>Frais de parentalité</b>						
<b>Frais de parentalité</b>	Allocation forfaitaire en cas de naissance et / ou d'adoption par enfant	-	500 € / enfant			
<b>Liste Audiens Bien-être Santé</b>						
<b>Audiens Bien-être Santé</b>	Prise en charge d'actes non remboursés par la Sécurité sociale figurant sur la liste Audiens Bien-être Santé	-	50 % FR dans la limite de 150 € <sup>(5)</sup>			
<b>Services</b>						
<b>Bilan de santé</b>	Bilan de santé (1 bilan tous les 5 ans dans un centre agréé par le groupe Audiens) <sup>(7)</sup>	-	100 % FR			

BR : Base de remboursement. FR : Frais réels. HLF : Honoraires limites de facturation. PLV : Prix limite de vente.

\* Cette présentation est un extrait du tableau des garanties assurées par Audiens.

Les niveaux 1 & 2 sont souscrits par l'association PEPS «Pigistes Ensemble pour la Santé».  
Document non contractuel

Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires. **Leurs montants sont exprimés y compris le remboursement de la Sécurité sociale.** En 2022, le plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) s'élève à 3 428 €. (1) DPTAM : Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO) prévus par la Convention nationale médicale du 25 août 2016. (2) Tel(le)s que défini(e)s réglementairement notamment au sein du Code de la Sécurité sociale, à l'article R.871-2, aux points 3° pour l'optique, 4° pour les aides auditives et 5° pour les prothèses dentaires. (3) Montant global par année civile et par bénéficiaire incluant la prise en charge des frais d'orthodontie remboursés ou non par la Sécurité sociale. (4) Conformément aux dispositions prévues à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. (5) Par année civile et par bénéficiaire. (6) En tout état de cause, le cumul des remboursements de l'Institution et de la Sécurité sociale ne peut excéder 1 700 € par aide auditive. (7) Le bilan dure de 30 à 45 minutes et comporte les examens suivants (modulables en fonction de l'âge, du sexe et des antécédents médicaux de l'assuré) : Examen de médecine générale complet avec étude des fonctions cardio-vasculaires, respiratoires, neurologiques, digestives et uro-génitales - Contrôle de la validité des différents vaccins - Enquête sur les antécédents familiaux et personnels, l'hygiène de vie, les habitudes alimentaires, la détection de maladies, la prévention santé - Bilan biométrique : taille, poids, mesure de l'indice de masse corporelle - Analyse d'urine sur bandelette : sucre, sang, albumine - Acuité auditive - Acuité visuelle - Electrocardiogramme - Examens complémentaires si besoin - Orientation vers un spécialiste si besoin - Résultats et organisation d'un suivi médical périodique si besoin.



## Contactez-nous

### **POUR LES ENTREPRISES**

Pour tout renseignement  
complémentaire, l'accueil  
téléphonique dédié répond  
à vos questions au  
**0 173 173 932**

### **POUR LES JOURNALISTES RÉMUNÉRÉS À LA PIGE**

Pour tout renseignement  
complémentaire,  
un conseiller spécialisé  
est à votre disposition  
Santé : **0 173 173 580**  
Prévoyance : **0 173 173 921**