

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER

FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

THESE

POUR LE TITRE DE DOCTEUR D'ETAT EN PHARMACIE

Sujet :

La santé au Brésil:

Vision d'un marché émergent entre évolution sociale et
système de soin

Mathieu Gayrard

THESE 2014/TOU3/2089

Le 24/10/2014

Directeur de thèse : Pr Cussac Daniel

Président du jury : Dr Gandia Peggy

Premier assesseur : Dr Gaubert Aurélien

Remerciements

Je tenais à remercier sincèrement Monsieur Daniel Cussac pour son temps et la disponibilité dont il a fait preuve dans l'accompagnement de ce travail.

Merci à Peggy Gandia et Aurélien Gaubert, pour avoir accepté de juger cette thèse.

Merci à mes parents, qui ont su accompagner mes projets et respecter mes choix, même quand ceux-là m'ont conduit loin de chez eux.

Merci à ceux qui ont partagé leur temps et leur amitié durant ces études. Ils auront sans nulle contribué à me faire évoluer, vers ce que je suis devenu aujourd'hui.

Merci aux professionnels qui ont su me transmettre leur savoir tout au long de mon parcours. Je pense en particulier à Christine Cavaignac, Jean-Marc Jouannet, Anne-Sophie Mota ou encore Antonino Silva.

Sommaire

1	INTRODUCTION	8
2	LE « BRESIL TERRE D'AVENIR »?	9
2.1	GEOGRAPHIE	9
2.2	DEMOGRAPHIE	10
2.3	ECONOMIE	11
2.4	SOCIETE	12
2.5	EVOLUTIONS	14
3	. EMERGENCE DE LA CLASSE MOYENNE ET PARTICULARITES DES PAYS EMERGENTS :	14
3.1	L'EMERGENCE DES CLASSES MOYENNES, MOTEUR DE L'ECONOMIE	15
3.1.1	QU'EST-CE QUE LA CLASSE MOYENNE ?	15
3.1.2	LA CLASSE MOYENNE ET LA FRANCE DURANT LES 30 GLORIEUSES	16
3.1.3	L'EMERGENCE DE LA CLASSE MOYENNE AU BRESIL	17
3.2	PARTICULARITE DES PAYS EMERGENTS	19
3.2.1	EVOLUTION DES COMPORTEMENTS D'ACHAT	19
3.2.2	DE L'IMPORTANCE D'ADAPTER LES PRODUITS ET LE MESSAGE « MARKETING » A CES NOUVEAUX CONSOMMATEURS	22
3.2.3	LES PARTICULARITES PROPRES AU SECTEUR DE LA SANTE	22
3.2.4	LES ENJEUX DE LA CONTREFAÇON DE MEDICAMENT	25
3.2.5	LUTTER CONTRE LA CORRUPTION : UN IMPERATIF AU BON DEVELOPPEMENT	25
4	LE SYSTEME DE SOIN AU BRESIL	29
4.1	ORIGINES ET EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE BRESILIEN	29
4.2	LES SYSTEMES DE SOIN	30
4.2.1	LES DIFFERENTS SECTEURS OU NIVEAUX D'ATTENTION	30
4.2.2	TROIS SOUS-SECTEURS POUR CHAQUE NIVEAU D'ATTENTION	34
4.3	PLANOS DE SAUDE : FONCTIONNEMENT DES ASSURANCES PRIVEES	35
4.4	FINANCEMENT DE LA SANTE AU BRESIL	38
5	LE MARCHÉ DE LA SANTE AU BRESIL :	41
5.1	PARTICULARITES DU MARCHÉ BRESILIEN	42
5.2	ORIGINE DES MEDICAMENTS :	45
5.3	LA FISCALITE	48
5.4	DES PARTICULARITES REGIONALES A PRENDRE EN COMPTE	48
5.5	LE MARCHÉ PUBLIC ET LE REMBOURSEMENT DES MEDICAMENTS	50
5.6	LE PRIX DU MEDICAMENT	52
5.7	LES CIRCUITS DE DISTRIBUTION	53
5.7.1	LES DISTRIBUTEURS	53
5.7.2	LES PHARMACIES :	54
5.7.3	LES HOPITAUX :	56

6	ACCES AUX PAYS EMERGENTS.....	57
6.1	LES ELEMENTS DETERMINANTS LE CHOIX D'UNE STRATEGIE D'ENTREE :	57
6.1.1	LES RESSOURCES ET COMPETENCES :	58
6.1.2	LES INSTITUTIONS	59
6.2	ETUDE COMPARATIVE DES DIFFERENTES STRATEGIES D'ACCES AUX MARCHES EMERGENTS :	60
6.2.1	EXPORTATION	61
6.2.2	L'OCTROI DE LICENCES D'EXPLOITATION DE BREVET OU DE MARQUE A L'ETRANGER	62
6.2.3	ALLIANCES STRATEGIQUES	62
6.2.4	JOINT-VENTURE	64
6.2.5	INVESTISSEMENTS DIRECTS VIA M&A OU GREENFIELD STRATEGIE	65
6.3	DES EXEMPLES D'ACCES AU MARCHÉ BRÉSILIEN DE LA SANTÉ	68
6.3.1	UN PAYS ATTRACTIF ET A FORT POTENTIEL	68
6.3.2	STRATEGIES DE PENETRATION DU MARCHÉ BRÉSILIEN.	69
	CONCLUSION.....	71
	BIBLIOGRAPHIE	72

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Densité de population au Brésil – (Théry, CNRS 2000)

Figure 2: Evolution comparative PIB France vs Brésil - World Bank 2003-2012

Figure 3: Distribution des revenus au sein de la population Brésilienne - IBGE 2009

Figure 4: Evolution des effectifs des classe sociales au Brésil 2003-2009 – IBGE

Figure 5: Origine de l'achat des médicaments - IMS 2012

Figure 6: Consommation de médicament par classe sociale au Brésil - IBOP – IBGE 2012

Figure 7: Evolution de la demande de soins 1981-2008 (IBGE): Posto de Saude = représente l'attention primaire dans le secteur public

Figure 8: Schéma récapitulatif du système de soin Brésilien

Figure 9 : Participation des Planos de Saude au dépenses de santé en fonction du revenu mensuel : 1SM= 1 salaire minimum = 244 Euros (IBGE 2008)

Figure 10 : Origine des dépenses de santé 2005 (Ministério da Saúde, 2008)

Figure 11: IMS Market Prognostic - April 2012

Figure 12 : Origine des médicaments consommés au Brésil en 2013

Figure 13 : Population versus Consommation de médicament au Brésil - IBOP-IBGE 2012

Figure 14 : Le marché pharmaceutique brésilien par état - IMS 2009

Figure 15 : Circuit de distribution des médicaments au Brésil - IMS 2012

LISTE DES TABLEAUX

Table 1 : Distribution et Evolution des Revenues par Famille au Brésil 2003-2009 – IBGE

Table 2 : Principales évolution des dépenses mensuelles de la classe moyenne brésilienne 2003 – 2009 – IBGE

Table 3 : Répartition des ressources du système de soin brésilien en 2010 (Ministerio saude, 2010)

Table 4 : Grille Tarifaire AMEPLAN et SAO CRISTOVAO en Real (3 Real = 1 Euro)

Table 5 : Dépenses totales de santé en % du PIB, 2009

Table 6 : Dépenses totales de santé par habitant, publiques et privé – 2009

Table 7 : Top 20 des Laboratoires au Brésil (3 Real = 1 Euro) - IMS 2013

Table 8 : Top 20 Produits les plus vendus (3 Real = 1 Euro) - IMS 2013

Table 9 : Importations et exportations de médicament au Brésil – Sindusfarma – ABIQUIFI

Table 10 : Nombre de points de vente de principales chaines au Brésil – 2013

Table 10 : Architecturé des compétences de l'organisation

LISTE DES SIGLES

Sigle	Définition
ANSS	Agencia Nacional de Saude Suplementar
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilancia da Saude
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CPI	Corruption Perceptions Index
CREDOC	Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
ESF	Equipe de Saude da Familia
FDI	Foreign Direct Investment
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opiniao Publica e Estatiticas
ICQT	Instituto de Ciências, Tecnologia e Qualidade industrial
IDE	Investissement direct à l'étranger
INSEE	Institut Nacional des Statistiques et études économiques
LATAM	Latin America
M&A	Merger and Adquisition
MERCOSUL	Mercado Comun do Sul
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PED	Pays en voie de développement
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB	Produit Interieur Brut
PMC	Precio Maximo ao consimidor
PSF	Programa de Saude da Familia
R&D	Recherche et Développement
RENAME	Relação Nacional de. Medicamentos Essenciais
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SUS	Systema Unico de Saude
TCAM	Taux de Croissance Annuel Moyen
UNASUR	Union de Naciones Suramericanas
WIR	World Investment Report, 2004
ABIQUIFI	Associação Brasileira da Indústria Farmoquimica e de Insumos Farmacêuticos

1 INTRODUCTION

Le Brésil est apparu ces derniers temps au premier rang de l'actualité internationale. Le déroulement d'événement planétaires comme les Journées Mondiale de la Jeunesse, la coupe du monde de football, ou encore des Jeux Olympiques de 2016, attirent les projecteurs sur ce géant Sud-Américain, donnant ainsi une tribune de choix à sa classe moyenne pour revendiquer de meilleures infrastructures et un meilleur accès à l'éducation, mais aussi à la santé.

Mon parcours et mes choix me permettent d'évoluer au sein de cette société en tant qu'acteur du marché de la santé. J'ai donc choisie d'étudier à travers cette thèse, les évolutions d'une classe moyenne émergente, dont les aspirations en terme de qualité de vie, se traduisent entre autre, par une importante dynamique du marché de la santé. L'objet de ce travail est de présenter différents aspects influençant la situation sanitaire de ce pays. Nous tacherons donc d'organiser notre réflexion autour des aspects sociaux, structurel et économique de ce marché.

Après une introduction de la situation géographique et démographique, nous aborderons l'évolution sociale que connaît le Brésil à travers l'émergence de sa classe moyenne. Une description de l'organisation du réseau de soin nous permettra de mieux comprendre les enjeux actuels, nous poursuivrons notre analyse sur le marché du médicament et les acteurs impliqués. Pour finir, nous présenterons les différents moyens dont disposent les laboratoires pharmaceutiques pour accéder aux marchés émergents.

Notre ouvrirons le débat sur l'importance du secteur privé dans la gestion des soins au Brésil.

2 Le « Brésil terre d'avenir »?

C'est en guise d'introduction à ce Grand pays que nous nous attacherons dans cette partie, à apporter une vision générale sur le Brésil afin d'en mieux comprendre la situation, les enjeux et les perspectives

2.1 Géographie

Le Brésil est le 5^{ème} pays le plus grand au monde avec 8,5 millions de km² ce qui correspond à 47% du territoire sud-américain ou encore à plus de 13 fois la superficie de la France. Ses terres sont recouvertes à 60% par des forêts, ce qui en fait un des « poumons » de notre planète. Le pays dispose d'une frontière commune avec 10 des 12 pays situés au sud du nouveau continent, le Chili et l'Equateur étant les seuls à ne pas être ses voisins directs. On compte cinq régions géographiques (Nord, Nord-Est, Centre-Ouest, Sud-Est et Sud), chacune d'elle révèle un profil différent en termes de conditions démographiques, économiques, sociales et sanitaires. Par exemple la région Sud-Est, qui ne représente que 11% du territoire, brésilien centralise 43% de la population totale du pays et 56% du Produit Intérieur Brut (PIB). La région Nord, qui contient la majeure partie de la forêt amazonienne, a la plus faible densité de populationnelle (3,9 hab/km²) et est la seconde région la plus pauvre derrière le Nord-Est¹.

¹ IBGE - CENSO 2010

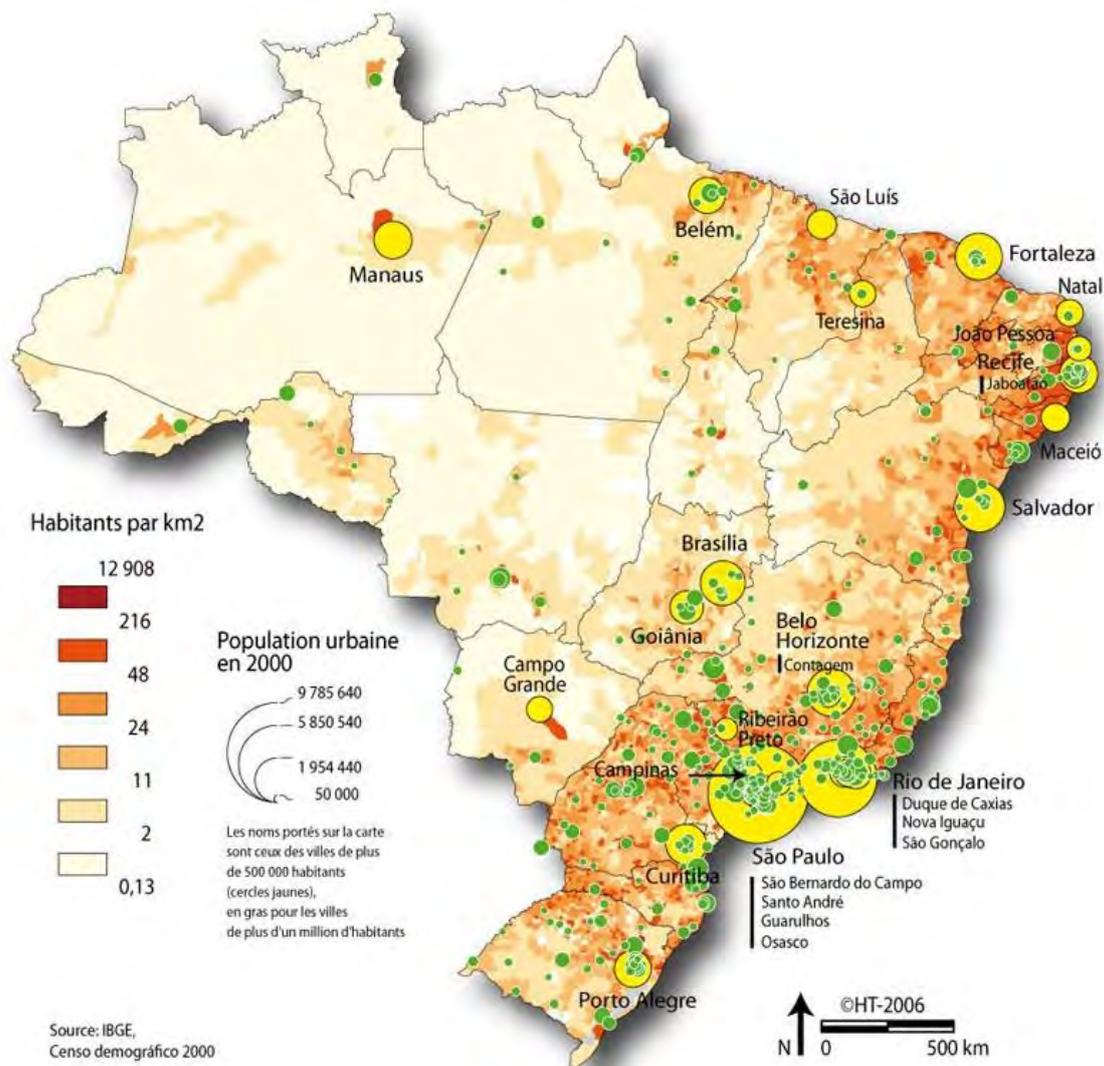


Figure 9: Densité de population au Brésil – (Théry, CNRS 2000)

2.2 Démographie

Le Brésil fort de ses 198,7 millions d'habitants occupe le rang de 5^{ème} pays le plus peuplé au monde. Entre 1970 et 2000, le pays passa par un processus de transition démographique important, le nombre des plus de 60 ans doubla pour atteindre 10% en 2009, et le taux d'urbanisation passa de 55,9% à 80% de la population¹. Le taux de fertilité passa de 5,8 en 1970 à 1,9 en 2008. L'amélioration de l'accès aux soins permit de faire baisser considérablement le taux de mortalité

infantile de (114 pour 1000 en 1970 à 19,3 en 2007), d'augmenter l'espérance de vie de près de 40% en 40 ans pour atteindre les 73,02 années en 2010².

2.3 Economie

6^{ème} puissance mondiale devant le Royaume-Uni, la Russie et l'Italie, le Brésil affiche un Produit Intérieur Brut (PIB) de 2,253 milliards d'USD en 2012. 2010 représente une année faste pour le pays avec +7,5% de croissance. Depuis lors, la stagnation du prix des matières premières d'exportation ainsi que de la consommation intérieure ont conduit à une diminution de ce taux que les autorités espèrent remonter à 1,8% en 2014. Le Brésil dispose de ressources naturelles abondantes et d'une économie diversifiée. Le secteur tertiaire compte pour 2/3 du PIB et apporte 60% des emplois dans un pays qui compte 6,2% de chômage et beaucoup de travailleurs informels. L'agriculture représente 40% des exportations, le pays est le 1^{er} producteur de café, d'oranges, de soja et de bétail au monde. Les principaux partenaires économiques sont la Chine, les Etats-Unis et L'Argentine. Parmi les produits les plus exportés on trouve le fer, le pétrole brut, le soja, la viande de poulet, et le sucre quant au plus importés ce sont le pétrole brut, les automobiles, les huiles et combustibles, les pièces automobiles et les médicaments. L'impôt est un des plus élevé au monde avec 39,9% du PIB, chiffre supérieur à celui prélevé en Irlande, au Japon ou en Suisse³.

² World Bank

³ CIA – 2012

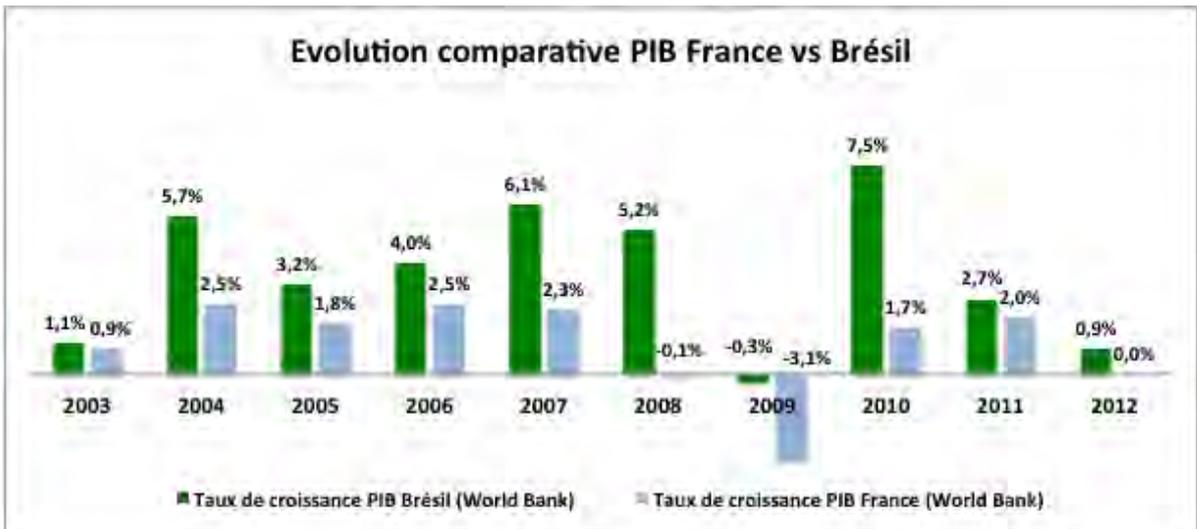


Figure 10: Evolution comparative PIB France vs Brésil - World Bank 2003-2012

L'analyse de ce graphique est révélatrice de la situation d'émergence de l'économie Brésilienne avec des taux de croissance important et un dynamisme du marché interne qui rend le pays moins dépendant des marchés externe.

2.4 Société

La société brésilienne fait partie des plus inégalitaire au monde derrière la Chine et le Venezuela. Le rapport entre le revenu moyen des 20% les plus riche et celui des 20% les plus pauvre est de 32 (8 pour la France) cela signifie que les plus pauvres reçoivent le même revenu en un an que les plus riches en 11 jours. Le graphique suivant illustre la répartition des richesses entre les classes sociales au Brésil, la classe A étant constitué des individus les plus riche et la classe E des plus démunis.

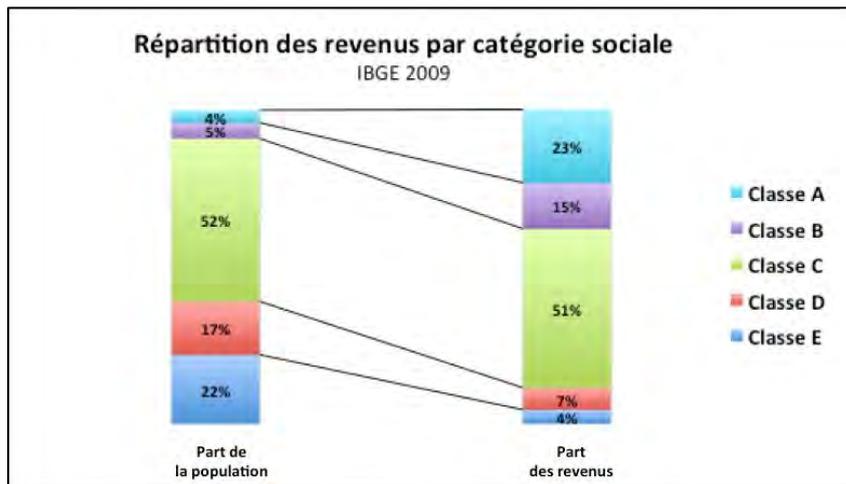


Figure 11: Distribution des revenus au sein de la population Brésiliennes - IBGE 2009

En 2001 34% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté (moins de 1,5 USD/j) et 14% étaient considérés comme indigents (moins de 0,70 USD/j)⁴. 6% des brésiliens vivent dans des favelas ou bidonvilles. A Rio de Janeiro ce rapport est presque d'un sur quatre et certaines communautés comme la *Rocinha* comptent dans les 63.000 habitants, population supérieure à celle d'une ville comme Castres. La santé et l'éducation représentent une des principales faiblesses de cette société. On constate que la durée moyenne de l'enseignement est de 7 ans avec pour conséquence un taux d'analphabétisme de plus de 9% au sein de la population. Le Brésil est considéré comme un pays relativement violent et est classé 26^{ème} sur 207 au classement des pays où il y a le plus d'homicides⁵.

⁴ R. Barros, R. Henriques, R. Mendonça, « A estabilidade inaceitável : desigualdade e pobreza no Brasil », IPEA, Rio de Janeiro, Texto para discussão 800, juin 2001 (<http://www.ipea.gov.br/>). La pauvreté se définit par un seuil, en l'occurrence 1,50 dollar par jour au Brésil (70 cents pour le seuil d'indigence). Les inégalités renvoient en revanche à la structure totale de distribution des revenus, qui pourra se refléter dans un beaucoup plus grand nombre d'indices.

⁵ UNODC – United Nation Office on Drugs and Crims – Global study on homicides - 2011

2.5 Evolutions

Le pays a connu d'importantes transformations politiques, économiques, démographiques et sociales tout au long de ces quarante dernières années. En 1970, sous le régime de la dictature militaire, le Brésil présentait une des plus forte croissance économique mondiale, mais l'augmentation des richesses tout comme l'amélioration de la qualité de vie ne profita qu'à certaines castes. Le retour à la démocratie dans les années 80 fut suivit par une période de grande instabilité et ce n'est qu'au début du XXI siècle que les brésiliens renouèrent avec la croissance économique et l'expansion des politiques sociales. Selon l'Institut Brésilienne de Géographie et de Statistiques (IBGE), en 1970 à peine 33% des foyers avaient accès à l'eau courante, 17% seulement disposaient de systèmes d'évacuation sanitaire et moins de la moitié étaient branchés sur le réseau d'électricité. Quarante ans plus tard d'importants progrès ont été réalisés, la plupart ont accès à l'électricité, 93% des foyers bénéficient d'un accès à l'eau courante mais encore 40% de la population n'est pas branché sur un système d'égout.

3. Emergence de la classe moyenne et particularités des pays émergents :

Le terme de pays émergent regroupe un ensemble de pays, principalement localisé dans l'hémisphère sud et connaissant un taux de croissance supérieur à celui des pays développés. Il existe néanmoins de nombreuses disparités au sein de ces pays, tant en terme de croissance, de développement que de niveau de vie général, nous illustrerons notre propos à travers l'exemple du Brésil. Ces pays connaissent une industrialisation marquée depuis plusieurs années et on a pu constater un phénomène de redistribution progressive des richesses favorisant l'émergence d'une classe moyenne. Les pays d'Amérique Latine tels que le Mexique, l'Argentine ainsi que de nombreux pays d'Asie comme la Corée du Sud, Singapour ou encore la Chine forment cet ensemble de pays émergents. Ces pays à forte croissance ouvrent de nouvelles perspectives aux firmes exportatrices des pays développés et représentent de réelles opportunités d'investissement pour ces multinationales, notamment dans le secteur de la santé, pour deux raisons principales. Tout d'abord l'émergence d'une classe moyenne désireuse d'accéder

à la santé constitue un nouveau réservoir de patient à traiter. Enfin, les politiques de santé menées par les gouvernements permettent un meilleur accès aux traitements, ce qui représente évidemment un avantage économique pour les entreprises du secteur.

Toutefois, s'implanter à l'étranger et notamment dans un pays émergent nécessite d'analyser et de comprendre préalablement les particularités et tendances propres à ces nouveaux marchés. Le comportement d'achat de ces nouveaux consommateurs s'occidentalise, mais les spécificités socioculturelles tout comme les paramètres structurels de ces marchés, impliquent des adaptations importantes des stratégies commerciales et marketing.

3.1 L'émergence des classes moyennes, moteur de l'économie

3.1.1 Qu'est-ce que la classe moyenne ?

Il n'existe pas de définition consensuelle de la classe moyenne. Déjà en 1993, K.Peter Sick identifie entre 150 et 200 de ces définitions illustrant une tentative de classification.

Le concept de classe moyenne définit un groupe hétérogène d'individus ayant des revenus supérieurs à ceux de la classe ouvrière et inférieurs à ceux de la classe aisée. Même si son périmètre demeure difficile à déterminer, on le définit grâce à un ensemble de critères objectifs comme par exemple le revenu, la profession ou le niveau éducatif, mais aussi grâce à des critères subjectifs comme le mode de vie, de consommation ou encore le type d'activités culturelles et sportives. Il est important de considérer que la classe moyenne est relative à un contexte socio-économique et donc bien différente d'un pays à un autre.

Le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie CREDOC, la définit comme l'ensemble des individus recevant un salaire entre 70% et 150% de la médiane. Le salaire médian étant de 1750 € en France en 2009, la classe moyenne Française comprend les individus bénéficiant d'un revenu mensuel

allant de 1220 € à 2620 €. Cette classe représente aujourd'hui environ 59% de la population de notre pays, presque autant que les pays nordiques comme la Norvège 61% ou le Danemark 61% également⁶.

La classe moyenne apparait souvent au centre du débat public. Le groupe d'individu qui la compose est, dans la plupart des cas, majoritaire au sein de la population et dispose d'un pouvoir d'achat suffisamment important pour en faire la cible de choix des industriels et du discours politiques.

3.1.2 La classe moyenne et la France durant les 30 glorieuses

Les années d'après-guerre entre 1945 et 1975 apparaissent comme une période de croissance économique associée à un changement important des modes de vie et de consommation.

Un double phénomène conduit à une augmentation des effectifs de la classe moyenne. L'« état providence » alimente les rangs de la fonction publique par l'ouverture des postes d'un côté, tout en instaurant des aides sociales pour les plus pauvres. Le privé quant à lui se « tertiarise » créant plus d'emplois de cadres ou d'agents administratif dans les grandes entreprises.

L'augmentation des salaires de cette classe moyenne en fait la cible des publicitaires. La confiance générée par la situation économique favorable, conduit les familles à investir dans des voitures, télévisions, électroménager et voyages bouclant ainsi le cercle « vertueux » d'une économie tiré vers le haut par la consommation croissante des ménages.

Un autre élément caractéristique de cette période est l'augmentation générale du niveau d'étude de l'ensemble des classes sociales. Le taux des enfants d'ouvriers bacheliers, passera de 10% en 1949 à 46% en 1976, créant ainsi la base d'un ascenseur social qui conduira à la classe moyenne à travers des postes

⁶ CREDOC - Cahiers de Recherche - La classe moyenne en Europe - 2011

d'employés ou de cadres moyens.⁷

3.1.3 L'émergence de la classe moyenne au Brésil

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le Brésil a bénéficié ces dernières années d'une croissance économique importante favorisant en partie l'émergence de sa classe moyenne.

Le gouvernement a su mettre en place une série de réformes visant à dynamiser l'économie tout en organisant peu à peu une redistribution de la richesse. Le *Programa Bolsa Familia* qui a vu le jour sous Lula en 2003, a permis entre autre d'augmenter l'accès à l'éducation tout en attribuant des allocations aux familles les plus pauvres. Le *Banco central do Brasil* a baissé les taux d'intérêt favorisant ainsi l'accès au crédit, qui a connu une augmentation de 212% en 10 ans⁸. Profitant d'un meilleur accès au financement, le secteur privé a augmenté le niveau d'investissement dans divers domaines comme l'agriculture, le commerce ou les services, avec pour conséquence plus de création d'emploi, une augmentation du niveau de revenu et donc des effectifs de la classe moyenne. Cette situation apparaît relativement comparable à celle que la France a pu connaître durant les 30 glorieuses en termes de changement socio-économiques.

On distingue au Brésil 5 catégories sociales allant de la classe E la plus pauvre, jusqu'à la classe A, qui est constituée des familles disposant des revenus les plus élevés. Les études considèrent la classe C comme la classe moyenne avec des limites assez étendues puisqu'elle comprend les revenus entre 1.380 Real 6.280 Real (460 € à 2.093 €)⁹, rappelons pour comparaison que les familles

⁷ CHAUVEL - 1998 - « Fluidité et espace social : mobilité intergénérationnelle nette, distance sociale des PCS (Professions et catégories socioprofessionnelles) et multidimensionnalité des hiérarchie », Cahier de l'Observatoire sociologique du changement, 22,

⁸ FecomercioFP 2012 - A Evolução da classe média e o seu impacto no varejo

⁹ IBGE : Pesquisa de Orcamentos Familiares 2003 - 2009

appartenant à la classe moyenne française disposent de revenus allant de 1.220 € à 2.620 €¹⁰.

Table 11: Distribution et Evolution des Revenus par Famille au Brésil 2003-2009 - IBGE

		Total	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
2009	Classe de Revenu Mensuel (RS)		≤ 920	920 - 1 380	1 380 - 6900	6 900 - 11 500	≥ 11 500
	Revenu mensuel moyen de la classe (RS)	2 928	599	1135	2857	8323	17961
	Nombre de familles	57.816.604	12.503.385	10.069.184	30.044.259	2.994.837	2.204.938
	Contribution relative en Nombre	100%	22%	17%	52%	5%	4%
	Revenu total de la classe (RS)	169 293 617 443	7 488 497 093	11 432 066 658	85 845 045 208	24 925 912 683	39 602 252 982
	Part du Revenu Global		4%	7%	51%	15%	23%
2003	Classe de Revenu (RS)		≤ 942	942 - 1 570	1 579 - 6 281	6 281 - 9 422	≥ 9 422
	Revenu mensuel moyen de la classe (RS)	2 810	575	1210	2981	7562	17113
	Nombre de familles	48.534.638	14.696.772	10.181.484	18.952.229	2.236.892	2.467.262
	Contribution relative en Nombre	100%	30%	21%	39%	5%	5%
	Revenu total de la classe (RS)	136 404 369 244	8 453 647 730	12 324 040 311	56 488 710 863	16 914 774 176	42 222 981 807
	Part du Revenu Global		6%	2%	41%	12%	31%
Evolution du nombre de famille			-15%	-1%	59%	34%	-11%
Evolution du revenu moyen de la classe			4%	-6%	-4%	10%	5%

Cette classe moyenne à laquelle appartenait 19 millions de familles en 2003 a intégré 11 millions de personnes en l'espace de 6 ans, ce qui représente une augmentation de 59% de ses effectifs. Ce groupe qui représente désormais plus de la moitié de la population brésilienne concentre 51% des revenus et aspire à de nouveaux modes de consommation⁶.

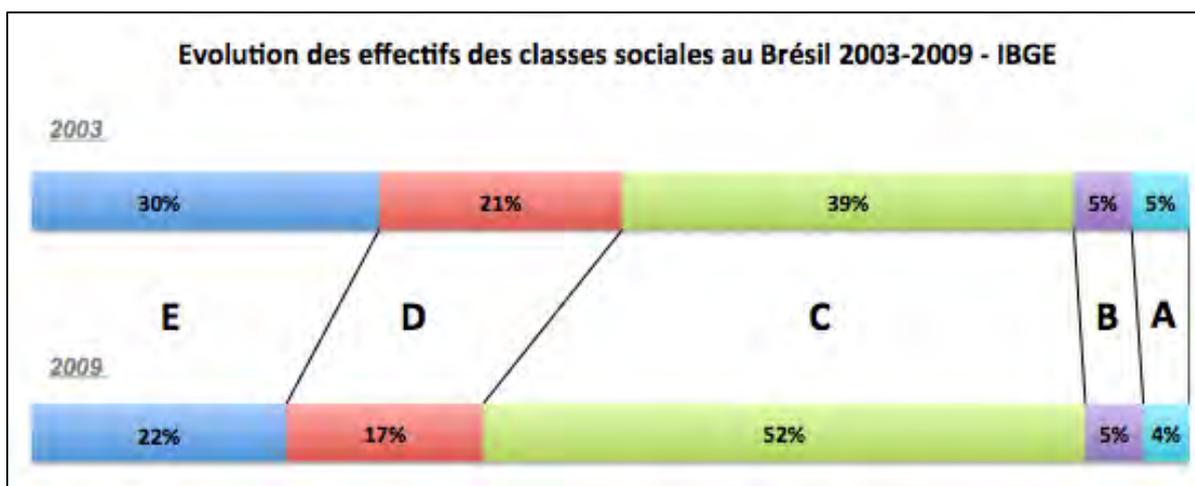


Figure 12: Evolution des effectifs des classe sociales au Brésil 2003-2009 - IBGE

¹⁰ CREDOC - Cahiers de Recherche - La classe moyenne en Europe - 2011

On rencontre au Brésil une forte urbanisation avec près de 85% de la population du pays vivant en ville. Il n'est donc pas étonnant de voir que 80% de la classe C s'y trouve également. Cependant, la tendance est au développement de plus en plus important des villes situées en périphérie des grandes métropoles. L'état de Minas Gerais qui est aussi le troisième le plus riche et deuxième plus peuplé est représentatif de ce changement¹¹. 80% de la richesse de cet état est d'ores et déjà produite en dehors de sa capitale Belo Horizonte¹². L'augmentation considérable du trafic aérien enregistré par les compagnies aériennes régionales, plus 279% entre 2005 et 2010¹³ ou la création d'infrastructures comme la ligne de chemin de fer Rio-Campinas (périphérie de Sao Paulo) apparaissent également comme les prémices de cette « décentralisation » de l'économie brésilienne où le dualisme historique Rio de Janeiro – Sao Paulo pourrait être nuancé dans les prochaines années.

Politique sociale et croissance économique ont permis l'émergence d'une classe moyenne au Brésil. Cet emblème de prospérité, moteur d'une économie florissante est tourné vers l'avenir. Malgré tout cela il reste encore du chemin à parcourir au Brésil avant de gommer ces inégalités historiques. Certains sociologues comme Bernardo Sorj vont jusqu'à qualifier cette émergence de la classe C de « mystification idéologique », tant le niveau d'éducation et l'accès à la santé reste bas et réservé à une élite.

3.2 Particularité des pays émergents

3.2.1 Evolution des comportements d'achat

L'acte de consommation dans les pays émergents tend à ressembler de plus en plus à celui observé dans les pays industrialisés. La croissance de ces pays ainsi que la richesse créée ont permis aux populations de satisfaire leurs besoins

¹¹ IBGE - 2010

¹² IPC Marketing 2011

¹³ Ministerio do turismo 2010

primaires et secondaires. Ces populations ont désormais la possibilité d'allouer une part de leur budget à la satisfaction des besoins tertiaires ou personnels.

La capacité de consommation des brésiliens, indice qui correspond à la somme disponible pour les dépenses superflues, a augmenté de 19% entre 2010 et 2011, ce chiffre atteint même 50% si l'on considère uniquement la classe C.¹⁴ Ces chiffres recourent les projections établies par FecomercioSP et qui tablent sur une hausse de la consommation de 50% d'ici 2020 pour cette même classe C.¹⁵

Il est à noter que le comportement des consommateurs favorisés dans les pays en voie de développement tend à s'apparenter de plus en plus à celui des pays industrialisés¹⁶. Toutefois, cette différence de comportement dans l'acte d'achat persistera tant que le niveau de vie ainsi que le revenu des populations de ces pays n'auront pas atteint celui des pays industrialisés.

On peut distinguer des différences de comportement dans l'acte d'achat au sein des pays émergents. En fonction de leur classe sociale et de leur revenu, les populations les plus aisées se tourneront vers des produits de marque. Ce type de consommation peut s'apparenter à une consommation ostentatoire, permettant ainsi aux classes nouvellement riches de montrer leur réussite. Contrairement aux populations aisées, la classe moyenne accorde une importance bien plus grande au facteur prix. L'acte d'achat de cette classe peut également se porter vers des marques falsifiées ainsi que sur le marché de l'occasion.

Les populations des pays émergents tendent à consommer de plus en plus de biens tertiaires, c'est-à-dire plus utiles qu'indispensables. Les consommateurs investissent dans l'achat, le plus souvent à crédit, de voitures, d'électroménager ou encore de services comme l'éducation ou la santé.

¹⁴ Cetelem/IPSOS: Observador Brasil 2012

¹⁵ FecomercioFP 2012 - A Evolução da classe média e o seu impacto no varejo

¹⁶ AXELOVA Eleonora, 2007, « Existe-t-il un comportement spécifique aux consommateurs des pays émergents ? » Le cas de la Bulgarie, CAIRNS

Table 12: Principales évolution des dépenses mensuelles de la classe moyenne brésilienne 2003 – 2009 - IBGE

Produit	2003		2009		Evolution 2003/2009	
	Depenses Moyennes RS	% dépenses globales	Depenses Moyennes RS	% dépenses globales	Depenses Moyennes RS	% dépenses globales
Immobilier (Aquisition)	41,44	1,34%	85,99	2,98%	44,55	122,07%
Telephone Portable	17,52	0,57%	29,82	1,03%	12,3	82,17%
Repas	54,19	1,75%	91,12	3,15%	36,93	79,97%
Chirurgie	3,03	0,10%	3,91	0,14%	0,88	38,40%
Médicaments	72,28	2,34%	89,02	3,08%	16,74	31,00%
Emprunt	34,43	1,11%	40,79	1,41%	6,36	26,80%
Manucure et Pédicure	5,11	0,17%	5,8	0,20%	0,69	21,44%
Parfums	22,96	0,74%	25,93	0,90%	2,97	20,88%
Coiffeur	17,7	0,57%	19,59	0,68%	1,89	18,44%

Ce tableau réalisé à partir de d'une récente étude de l'IBGE illustre bien la situation évoqué précédemment. Il traduit clairement une amélioration du niveau de vie avec principalement une augmentation des dépenses moyennes pour le logement (+44%), la nourriture (+36%) et les médicaments (+16%). La part des besoins tertiaire évolue également de plus de 20% de croissance dans le budget des familles pour des dépenses en parfum, coiffeurs ou manucure.

Format Une autre étude portée sur l'Inde témoigne de cette tendance dans ce pays lui aussi émergent. 17. L'étude porte sur le groupe de femmes actives qui représentait en 2006, 26% de la population totale de l'Inde. Un quart de leurs revenus (24%) est consacré aux produits de beauté, d'hygiène et de soin. Le Brésil en est aussi un exemple, et l'IBGE avait publié en 2011 des résultats montrant que la part de la viande, du riz et du haricot noir dans le budget des brésiliens, reste inférieure à celle des shampoings, maquillages, soins capillaires et manucures¹⁸.

¹⁷ PwC, 2006, From São Paulo to Shanghai - New consumer dynamics: the impact on modern retailing.

¹⁸ IBGE : Pesquisa de Orcamentos Familiares 2009

3.2.2 De l'importance d'adapter les produits et le message « Marketing » à ces nouveaux consommateurs

Les industriels doivent comprendre ces changements et apprendre à s'y adapter. En 2011 la compagnie de téléphonie mobile brésilienne TIM, lance un spot publicitaire mettant en scène les habitants du « *Complexo do Alemão* », une des favela la plus peuplées de Rio. L'intention affichée est clairement de conquérir cette classe émergente autrefois ignorée en l'intégrant directement au cœur de la stratégie du groupe et en lui proposant un produit et une communication adaptée. L'entreprise connaît un succès en allant même jusqu'à créer un nouveau canal de distribution dédié à ces populations, utilisant les petits commerçants de ces quartiers comme vendeurs affiliés. Le contre-exemple parfait est celui de l'indien Tata lors du lancement de son modèle Nano. La « voiture la moins chère du monde » qui devait être le « symbole de la classe moyenne » indienne connaîtra vite des déboires après un lancement réussi. Posséder une voiture en Inde est un signe de richesse et de réussite sociale. L'image de la nano est très vite devenue celle de la « voiture des pauvres », son prix, initialement perçu facteur de succès s'est transformé en frein à l'achat pour les classes moyennes qui ne se retrouvent pas dans la marque, conduisant à des ventes bien loin de celles prévues pour cette « révolution »¹⁹.

3.2.3 Les particularités propres au secteur de la santé

Du fait du manque de médecins et d'infrastructures, l'accès au soin est rendu plus difficile dans les pays émergents. Le Brésil compte par exemple 1,72 médecins pour 1.000 habitants, la Chine 1,42‰, l'Afrique du Sud 0,77‰ et l'Inde 0,70‰ quand on en trouve 3,3‰ en France.²⁰ Le manque de praticiens ajouté à la faiblesse des institutions autorise le secteur privé à appliquer des tarifs prohibitifs pour une grande partie de la population. Au Brésil, le coût moyen d'une consultation

¹⁹ Podcast France Culture 2013 : Culture Monde - Les nouvelles classes moyennes

²⁰ www.statistiques-mondiales.com

chez un généraliste dans le secteur privé est de l'ordre de 150 Real à 300 Real (50-100 Euro), quand on sait que le revenu moyen est de 1.345 Real (448 Euro). 75% des brésiliens n'ont pas d'assurance privée prenant en charge ces honoraires²¹ et doivent patienter jusqu'à deux semaines pour obtenir un rendez-vous dans un centre hospitalier public. En raison de cette situation, les pharmacies ont culturellement prit une place importante au sein du système de santé. Plus accessibles, ils donnent des avis, font des diagnostics et vont même jusqu'à instaurer des traitements chroniques chez leurs patients.

Une récente étude menée par IMS nous montre que malgré une législation l'imposant, près de 2/3 des médicaments sont vendu sans ordonnance au Brésil²². Une autre publication de l'ICQT (Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade) illustre bien l'influence du pharmacien. Selon cette dernière il interviendrait dans 35% des cas, sur le choix de la marque du médicament qui sera acheté par le patient, confirmant ainsi l'enjeu que cette profession représente pour les laboratoires.²³ La stratégie des laboratoires spécialisés dans les génériques ou les *similares* a depuis longtemps été d'orienter leur budget promotionnel vers les pharmacies avec un « Trade Marketing » agressif, d'importantes remises et une pression sur les stocks. Ils ont développé des programmes de formations adaptés aux équipes officinales et encouragent financièrement les pharmaciens à remplacer les médicaments de référence par les leurs.

La plupart des laboratoires éthiques ont eux aussi adapté leur stratégie aux particularités de ce marché en créant des départements de « Trade Marketing » avec une force de vente dédiée. Cette structure est généralement rattachée au département commercial et permet de faire le lien avec le marketing.

²¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

²² IMS 2012 - Comercial perfil – 2012

²³ ICTQ 2013 - Instituto de Ciências, Tecnologia e Qualidade industrial

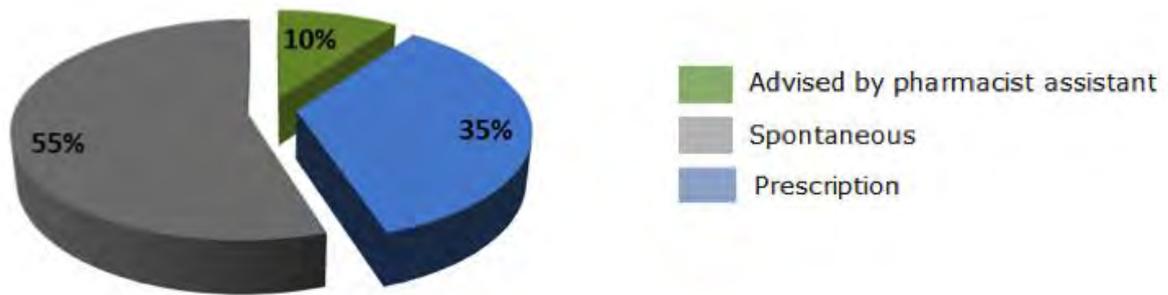


Figure 13: Origine de l'achat des médicaments - IMS 2012

La quasi absence de remboursement ajouté à d'importantes inégalités sociales, aboutissent à une répartition très inégale de la consommation de médicaments au sein de la population. Les classes A et B regroupant les 9% les plus riches de la population sont responsable pour 53% des dépenses de médicaments au Brésil. Les 39% les plus pauvre appartenant aux classes D et E ne sont responsable quant eux, que de 5% de la consommation illustrant l'immense « fracture sanitaire » existant dans les pays émergents.

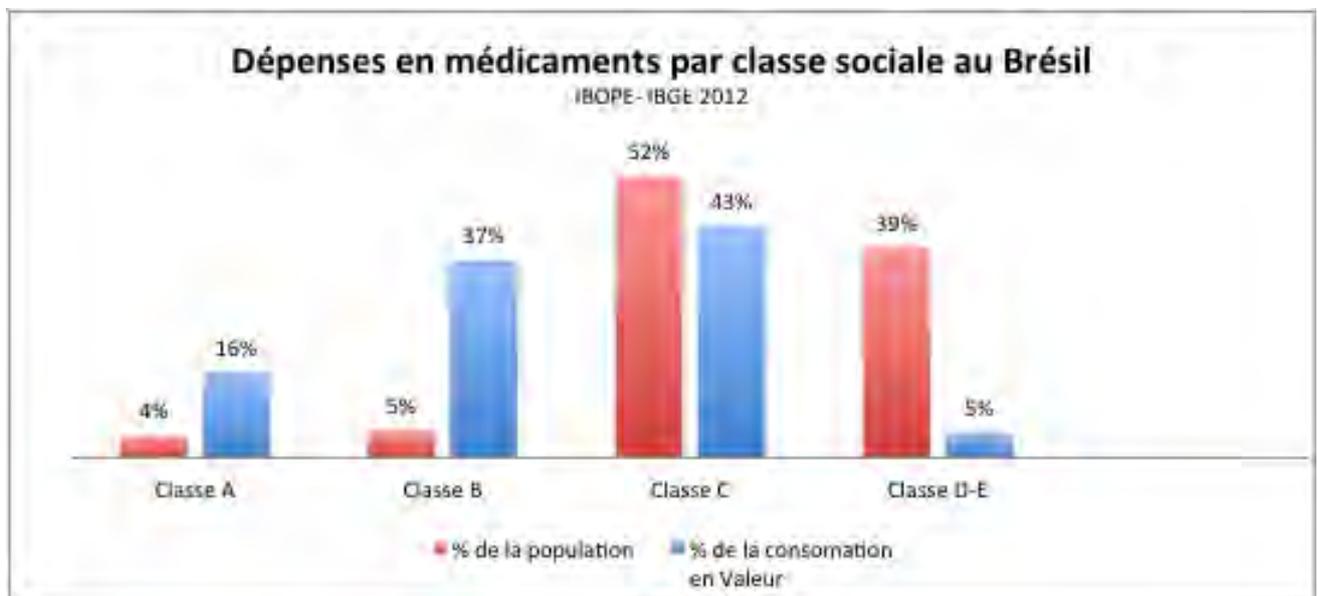


Figure 14: Consommation de médicament par classe sociale au Brésil - IBOP – IBGE 2012

3.2.4 Les enjeux de la contrefaçon de médicament

La contrefaçon de médicaments est un fléau qui ne cesse de se développer dans les pays émergents, étant à l'origine de conséquences sanitaires désastreuses dans beaucoup de pays. Des groupes criminels produisent et commercialisent des médicaments sous-dosés ou surdosés. Ces médicaments peuvent également ne contenir aucun principe actif et même se révéler toxiques pour les malades qui les consomment. Contrairement aux pays développés dans lesquels la contrefaçon touche des médicaments coûteux et dit « de confort » comme le Viagra et autres traitement de l'alopécie, la contrefaçon dans les pays émergents se porte notamment sur les antibiotiques et les traitements antirétroviraux ou antipaludéens.

Les conséquences sont multiples et tout autant désastreuses. La prise de médicaments contrefaits peut être à l'origine d'un phénomène de résistance ou n'avoir aucune efficacité sur le malade. La consommation de médicaments contrefaits peut également entraîner la mort dans certains cas. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la contrefaçon de médicaments représente 10% du volume mondial de médicaments avec de grandes disparités en fonction du niveau de développement des pays. La contrefaçon dans les pays industrialisés s'élève seulement à 1% alors qu'elle atteint 10% dans les pays émergents et peut même dépasser les 30% dans certaines régions du monde comme en Afrique.

Ces médicaments contrefaits sont en majeure partie commercialisés via des circuits de distribution parallèle qui portent le nom de « médicaments de la rue ». L'un des enjeux principaux est de parvenir à réguler et encadrer les réseaux de distributions des médicaments dans les pays émergents afin de limiter la contrefaçon.

3.2.5 Lutter contre la corruption : un impératif au bon développement

Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) définit la corruption comme un « *mésusage du pouvoir, de l'autorité ou de fonctions publiques en vue de l'obtention d'avantages privés, au moyen de pots-de-vin, d'extorsion, de*

trafic d'influence, de népotisme, de fraude, de paiements « de facilitation » ou de détournement de fonds. Bien que souvent considérée comme le fait d'instances et de fonctionnaires gouvernementaux, la corruption est également répandue dans le secteur privé »²⁴.

Les problèmes liés à la corruption ne touchent pas seulement les pays industrialisés mais sont également présents dans la plupart des pays émergents. Contrairement aux pays riches, dans lesquels la corruption est fortement combattue et condamnée par les gouvernements, la corruption dans les pays en développement se banalise. La corruption dans les pays émergents devient une donnée à prendre en compte pour tout entrepreneur. La corruption est vécue comme un phénomène normal et accepté par une grande partie de la population qui la considère comme une variable à part entière. Cependant, la corruption constitue une entrave majeure au bon développement économique de ces pays. Nous nous devons dès lors de caractériser cette corruption avant d'analyser les moyens et solutions à mettre en place pour la combattre.

3.2.5.1 La corruption dans les pays émergents

Une récente étude menée par « Transparency International » révèle l'importance du niveau de corruption présent dans les pays émergents²⁵. Cette étude classe 178 pays en fonction de leur niveau de corruption selon un indice, Corruption Perceptions Index (CPI) compris entre 0 et 10 (0 pour une corruption maximale et 10 pour une corruption nulle). Le Brésil, l'Argentine, l'Inde, la Chine ainsi que d'autres pays émergents ont un taux compris entre 1 et 4, ce qui témoigne d'une corruption très forte.

Cette corruption peut prendre différentes formes. Nombreux sont les pays où l'attribution d'un marché public, l'accès à un service public, ou l'attribution de divers

²⁴ PNUD, Fighting Corruption to Improve Governance, 1998 Transparency International, Corruption Perceptions Index 2010, 2010

²⁵ Transparency Internationale - Corruption perception index 2010

permis sont le fruit d'une négociation qui donne lieu à des versements de pots-de-vin. Les différentes taxes gouvernementales peuvent elles aussi se négocier entre les parties prenantes. Ces marchés sont généralement conclus entre un acteur privé et un fonctionnaire. Ce dernier utilise de manière abusive les droits qui lui sont conférés par sa fonction afin de conclure un marché avec un acteur privé. La corruption présente dans les pays émergents résulte de problèmes de gouvernance propres à ces pays. Une concentration abusive de l'autorité ainsi qu'un manque de transparence dans les décisions prises par le pouvoir exécutif favorisent le développement de la corruption.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène de corruption. Tout d'abord, la structure de la rémunération des fonctionnaires a une influence directe sur le niveau de la corruption dans un pays. En effet, une rémunération trop faible des fonctionnaires peut les pousser à entreprendre des actions illégales afin d'augmenter leurs revenus. Cependant, une amélioration des salaires ne peut avoir un impact positif sur le niveau de corruption qu'à la condition que cette augmentation soit corrélée à un désir de la part des hautes autorités de lutter contre cette corruption. Ce phénomène de corruption est également entretenu et alimenté par un risque de découverte trop faible. Enfin, des sanctions pénales trop faibles et des poursuites juridiques inexistantes peuvent elles aussi contribuer à l'augmentation de la corruption ainsi qu'à sa pérennisation.

Ainsi, le manque de transparence, l'impunité de certains fonctionnaires ainsi que les dysfonctionnements des administrations étatiques dans les pays émergents forment un terreau favorable au développement de la corruption. Ce contexte est défavorable au bon développement de l'économie en entravant le fonctionnement des entreprises. Ce phénomène s'illustre dans l'industrie pharmaceutique à travers les procédures d'enregistrement de certains médicaments, ou encore lors des appels-d'offres pour l'achat des médicaments du secteur public.

3.2.5.2 *La lutte contre la corruption*

Les moyens déployés par les autorités afin de résoudre les problèmes liés à la corruption restent faibles. Bien que la corruption soit un frein au développement de ces pays et qu'elle impacte négativement les investissements ainsi que les différents services sociaux (détournement de fonds destinés à des prestations sociales), elle reste cependant très répandue.

La lutte contre la corruption ne peut se faire qu'avec la volonté des plus hautes autorités d'en finir avec ce fléau. La mise en place d'infrastructures anti-corruption peut permettre de lutter contre la corruption. Afin de convaincre les Etats d'agir contre ces pratiques illégales et condamnables, les différentes associations internationales et nationales peuvent dénoncer la corruption dans ces pays afin de sensibiliser les gouvernements et leurs dirigeants. L'ensemble du secteur privé a également intérêt à participer activement à cette lutte contre la corruption dans la mesure où elle profite seulement à une partie infime de la population et favorise uniquement les plus riches au détriment des classes moyennes et des pauvres. Il est vrai qu'un secteur structuré dans lequel la corruption est réduite à un niveau minimal et dans lequel s'exerce une concurrence pure et parfaite est favorable à l'ensemble du secteur privé.

Enfin cette notion de concurrence caractérisée par l'ouverture des économies au libre-échange peut avoir un impact positif sur la corruption. La mise en place dans ces pays d'une autorité de la concurrence peut permettre de réduire à moyen et long terme la corruption. Toutefois, l'autorité de la concurrence doit être indépendante du pouvoir en place et doit posséder les ressources suffisantes ainsi qu'une certaine crédibilité afin de pouvoir exercer son rôle de manière efficace. La mise en place d'une telle autorité peut se révéler très efficace dans la lutte contre la corruption. En effet, l'une des conséquences de la corruption est la réduction des investissements directs à l'étranger (IDE) et donc de la croissance économique. Une autorité chargée de réguler la concurrence dans les PED, accompagnée d'une volonté politique de lutte contre la corruption, peut favoriser l'augmentation des IDE. Selon une étude réalisée sur le continent asiatique, « le secteur privé estime que *30 % des coûts de production consistent en des paiements de redevances* » non

officielles » » et les pertes liées à la corruption se situeraient entre 30% à 40% du budget annuel alloué par l'Etat.

4 Le système de soin au Brésil

4.1 Origines et évolution du système de santé Brésilien

Le système de santé brésilien est constitué d'un ensemble d'organismes publics et privés qui sont apparus à divers moments de l'histoire du pays. Au début du XXème siècle les divers gouvernements adoptaient des méthodes quasi militaires pour leurs interventions sanitaires, ce qui a entraîné un sentiment de rejet de la part des populations et de l'opposition. Citons pour exemple la « Revolta da Vacina » de 1904, épisode de résistance important de la population à une campagne de vaccination contre la variole, imposée par Oswaldo Cruz (chercheur notoire à l'origine de la création d'un des instituts de recherche les plus renommés d'Amérique Latine, Fiocruz) alors directeur national de la santé publique²⁶. Le modèle d'intervention de l'état dans les droits sociaux date des années 1920-1930, date à laquelle la notion de droits civils et sociaux a été introduite dans le code du travail. L'organisation du réseau de soin était fragmentée et inégale, les patients étaient pris en charge par des instituts et des pensions qui ne soignaient qu'un certain type de catégorie professionnelle (banquiers, cheminots...), les personnes travaillant de manière informelle accédaient, quant à elles, à un service public peu développé ou à des organisations philanthropiques²⁷.

Après le coup d'état de 1964, le gouvernement commença à financer un système de soin privé en donnant des crédits d'impôt aux entreprises qui prenaient en charge la santé de leurs employés. Cette politique de transfert de responsabilité

²⁶ SINGER P, CAMPOS, O - 1978 - Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Forense Universitaria

²⁷ DRAIBE S, VIANA A, SILVA P - 1989 - Desenvolvimento de políticas de saúde nos Anos 80: O caso do Brasil - Nepp - Unicamp - Opas - 1

a conduit à la multiplication d'assurances privées « *Plano de Saúde* ». La récession économique des années 80 eut pour conséquence une crise de financement de ces assurances poussant les brésiliens à réclamer une réforme de la santé, via leurs syndicats et des mouvements de protestation. La particularité de cette réforme est qu'elle fut conduite par la société civile et non par des gouvernements des partis politiques ou des organisations internationales.

C'est en 1988, après la chute du régime dictatorial, que fut proclamé dans la nouvelle constitution, le droit fondamental pour chaque brésilien d'accéder à la santé à travers ce qui deviendra le Système Unique de Santé (SUS).

Le SUS a permis d'augmenter l'accès aux soins des populations à une époque où le système en place évolue vers un modèle de plus en plus privatisé. Il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour que cet accès soit universel au Brésil, mais les réformes réalisées ces dernières années portent leurs fruits en améliorant notablement le niveau de santé de la population dans ce pays.\

4.2 Les systèmes de soin

Le système de sante brésilien est formé par un réseau complexe d'acheteurs et de fournisseurs de services, privés ou public et dont le financement est principalement privé.

4.2.1 Les différents secteurs ou niveaux d'attention

4.2.1.1 Attention Primaire

L' « *Atenção básica* » au Brésil, a reçu une attention particulière dans le cadre de la décentralisation du SUS ces dernières années. Elle est devenue le support de programmes innovants visant à éduquer et sensibiliser la population et a pour objectif d'étendre et de faciliter l'accès aux soins.

Le principal programme en place est le « Programa Saude da Familia » PSF (Programme de Santé des Familles). Initialement prévu par le gouvernement pour l'accueil des mères en situation précaire, le PSF est devenu le fer de lance de la politique de santé au niveau local, en devenant le premier point de contact avec les familles, ainsi qu'un vecteur de promotion de la santé (dépistage de pathologies chroniques, prévention des maladies infectieuses...). Il est organisé sous forme d'équipes composées d'un médecin, d'un(e) infirmier(e), d'un(e) aide-soignant(e) et de 4 à 6 « agents communautaires de santé » qui permettent un maillage du territoire. Chaque équipe de santé des familles est responsable pour une zone géographique de 600 à 1.000 habitants et fait le lien avec les services de diagnostics ou d'assistance spécialisé dans les cliniques et hôpitaux. Le PSF a connu une expansion importante ces dernières années : on comptait en 2010, 236 000 agents communautaires repartis en 30 000 ESF qui portaient assistance à près de 98 millions de personnes (1/2 de la population) dans 4.737 municipalités (85% du territoire). En 2008, 57% des brésiliens se tournaient en premier lieu vers l'Attention Primaire cependant de nombreuses personnes cherchent encore directement assistance dans les services spécialisés. La tendance est à l'expansion de ce type de structure mais le manque de réglementation et d'organisation des municipalités représente un obstacle au développement de cette politique qui porte, pourtant, ses fruits ²⁸

4.2.1.2 Attention Secondaire

Du fait du manque de structure et de matériel dans le secteur public, l'attention secondaire « *Atençao secundaria* » est très dépendante du privé, à qui l'état sous-traite une grande partie de cette activité. 6,4% des unités d'aide au diagnostic sont publiques, et les hôpitaux et services ambulatoires spécialisés de ce sous-secteur représentent seulement 30% et 10% du parc disponible. La situation est problématique car ces établissements privés ont généralement des

²⁸ ALMEIDA - 2010 - Desafios à coordenação dos cuidados em saude: estrategia de integração entre niveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cadernos de saude publica

accords avec les assurances privés, et priorisent ce type de clientèle. L'attente pour des examens ou pour une consultation avec un spécialiste peut se révéler très longue pour les patients du secteur public n'ayant pas de « *seguro de saude* »²⁸.

Le secteur public apparaît très présent dans les prodiguassions de soins primaires et dans la prise en charge des situations d'urgence ce qui représente, 98,7% des cas et 77,9% des ressources investies dans ce domaine. Selon l'IBGE, en 2008 le SUS répondait à 74% des urgences à domiciles grâce à un SAMU introduit au Brésil en 2003. La tendance est à la création de structures spécialisées au sein même du SUS comme des centres psychiatriques, d'odontologie ou de traitement des maladies infectieuses transmissibles.

Table 13: Répartition des ressources du système de soin brésilien en 2010 (Ministerio saude, 2010)

Services	N	% Publique
Centre d'Attention Primaire	41 667	98,7%
Service ambulatoire Spécialisé	29 374	10,7%
Policliniques	4 501	26%
Unité d'aide au diagnostique (Radiologie, Analyses Biologiques...)	16 226	6,4%
Urgences Générales et Spécialisés	789	77,9%
Hôpitaux	6 384	31,9%
Equipement	N	% Publique
Appareil Mammographie	1 753	28,4%
Appareil Radiographie	15 861	58,9%
IRM	1 268	24,1%
Appareille à Ultrason	8 966	51%

4.2.1.3 Attention tertiaire et hospitalière

Cette troisième catégorie comprend les soins à coût élevé comme la chirurgie cardiaque, l'oncologie, l'hémodialyse ou les transplantations d'organes. Ils sont majoritairement sous-traités aux acteurs privés ou réalisés dans ce qui pourrait être notre centre hospitalier universitaires, à des coûts proches de ceux du marché.

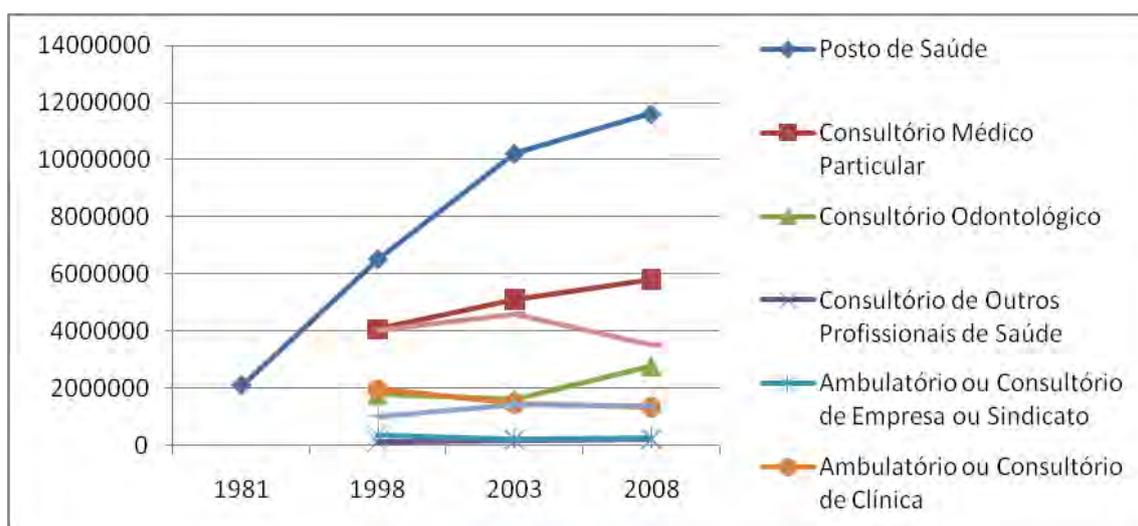


Figure 15: Evolution de la demande de soins 1981-2008 (IBGE): Posto de Saude = représente l'attention primaire dans le secteur public

Le système de soin brésilien n'est pas organisé en réseau régional permettant de rationaliser les investissements et l'offre de soin. Le gouvernement tente de redéfinir une structure plus efficace mais les obstacles structurels, la lenteur des procédures administratives et le taux important de rotation des décideurs pour raisons politiques (changement à chaque élection : fédéral, état et municipal), conduisent à un manque de continuité dans la conduite de la politique de santé²⁹.

²⁹ HARTZ Z, CONTANDRIOPOULOS A - 2004 - Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros - Cadernos de Saúde Pública

4.2.2 Trois sous-secteurs pour chaque niveau d'attention

Le sous-secteur public :

Les services sont financés et assurés par l'état à trois différents niveaux. Fédéral, état et municipal.

Le sous-secteur privé :

Les entreprises sont à but lucratif ou non, dans ce cas les ressources financières peuvent être publiques ou privées.

Le sous-secteur dit supplémentaire « Saùde suplementar » :

Le système de financement est uniquement privé et repose sur la base de partenariat entre hôpitaux, médecins et compagnies d'assurances privées. Un patient ayant souscrit à une de ces assurances reçoit la liste de médecins, d'hôpitaux et de cliniques où il pourra bénéficier de manière gratuite ou partiellement gratuite d'un service de soin.

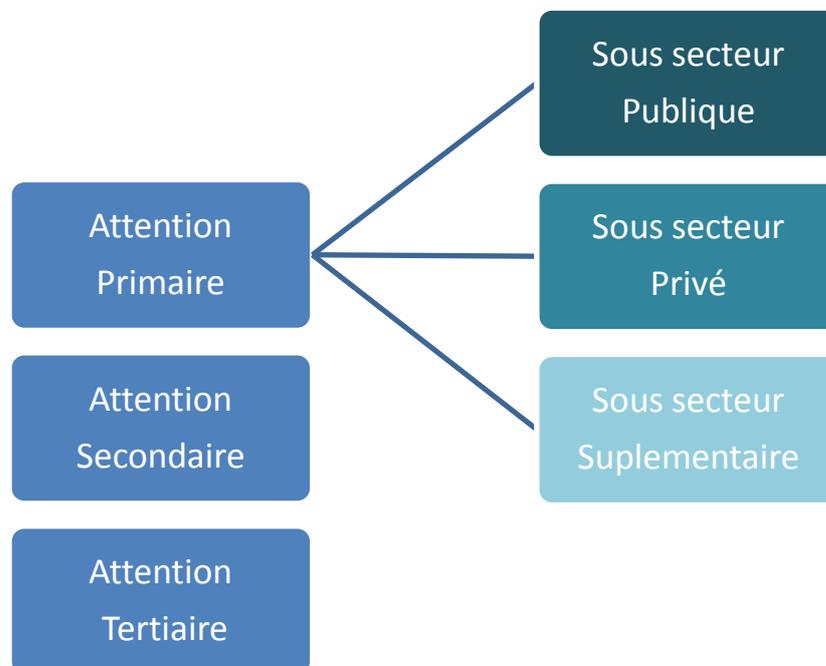


Figure 16: Schéma récapitulatif du système de soin Brésilien

Les composantes privés et publiques sont à la fois segmentées et interconnectées. Les patients peuvent utiliser les services des trois sous-secteurs en fonction de la proximité géographique de ces derniers et de leurs capacités de paiement³⁰.

4.3 Planos de Saúde : fonctionnement des assurances privées

Historiquement le Brésil a toujours promu le développement du secteur privé sur le marché de la santé, que ce soit par le financement d'hôpitaux et cliniques privées ou encore par le versement de subvention pour les compagnies d'assurance privées. Le secteur privé s'imbrique dans le secteur public devenant prestataire de services de soins ambulatoires ou d'hospitalisation pour le compte SUS. La demande d'assurance privée vient uniquement des entreprises publiques ou privées offrant ce type d'avantages à leurs employés.

En 2008 seulement 26% des brésiliens bénéficiaient d'une assurance privée parmi lesquels 1/3 travaillaient pour l'état. Le marché des assurances santé se concentre principalement dans la région du Sud-Est où l'on trouve 61,5% des entreprises et où 65,5% des contrats sont signés. Il existe aujourd'hui 1.017 entreprises offrant des *Planos de Saúde*. Ce marché est très dense puisque 8,2% parmi ces entreprises concentrent 80,3% d'un marché qui s'évaluait à 63 milliards de Real en 2008 (21 milliards d'Euro). La demande est similaire à tout autre type de marché au Brésil et apparaît stratifiée en fonction de la situation socio-économique du patient. La qualité des soins et des installations disponibles pour des employés d'une même entreprise peuvent varier de façon considérable. Le panel des offres va du « package exécutif » donnant accès aux meilleurs hôpitaux, aux meilleurs médecins et aux meilleurs services pour les cadres jusqu'à un service plus basique proposé pour les employés moins avancés dans la hiérarchie. Le diagramme qui suit montre que les *Planos de Saúde* contribuent de manière importante aux

³⁰ GOMES C, CARMO M, LIMA M - 2011 - Saúde no Brasil a série The Lancet - Fiocruz

dépenses de santé des plus riches. Ces derniers ne fréquentent pas ou peu le système public et bénéficient d'un service premium dispensé par des organismes privés illustrant concrètement, pour ce pays, le mécanisme d'un système de soin à deux vitesses.

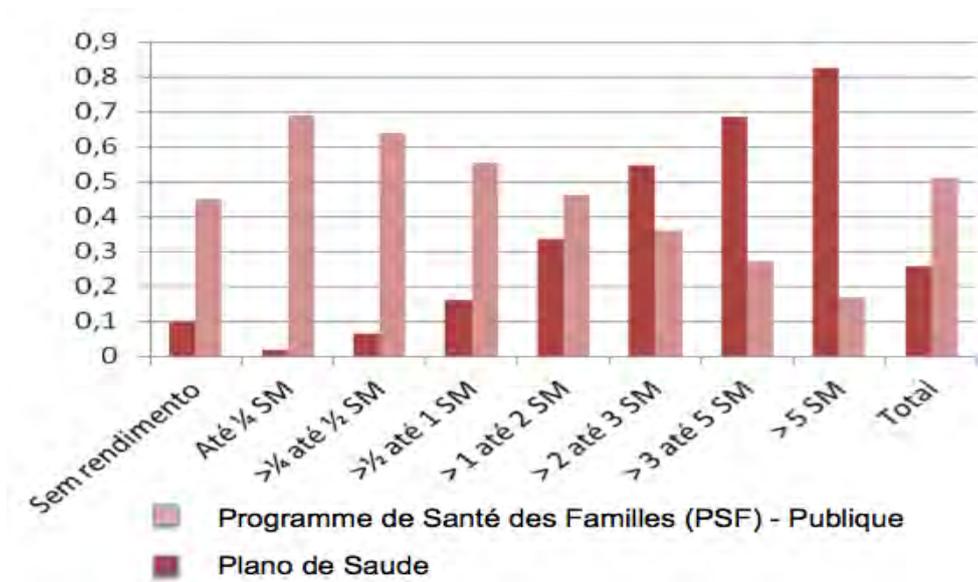


Figure 9 : Participation des Planos de Saude au dépenses de santé en fonction du revenu mensuel : 1SM= 1 salaire minimum = 244 Euros (IBGE 2008)

Les prix des *Seguros de Saude* sont variables en fonction de l'âge et du niveau de service recherché. La gamme des tarifs mensuels s'étend de 48 Real (16 euros) pour un enfant de moins de 18 ans jusqu'à 753 Real (251 Euro) pour une personne de plus de 58 ans. Rappelons que la grande majorité de ces assurances ne prennent pas du tout en charge les traitements médicamenteux et que le salaire moyen des brésiliens en 2011 était de 597,33 euros³¹.

³¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: 2011

Table 14: Grille Tarifaire AMEPLAN et SAO CRISTOVAO en Real (3 Real = 1 Euro)

AMEPLAN - JUNHO 2013 - Taxa de Inscrição: R\$ 20,00 por Contrato

TABELA DE 03 A 29 Vidas/Beneficiários						
Planos	BÁSICO	EXECUTIVO	PLENO	PLENO	MASTER	MASTER
Acomodação	Enfer.	Enfer.	Enfer.	Apto.	Enfer.	Apto.
00 a 18 anos	48,60	53,40	58,81	76,45	90,21	114,84
19 a 23 anos	48,60	53,40	58,81	76,45	90,21	114,84
24 a 28 anos	64,64	71,10	78,21	101,68	119,98	152,74
29 a 33 anos	64,64	71,10	78,21	101,68	119,98	152,74
34 a 38 anos	70,46	77,51	85,26	110,83	130,78	166,49
39 a 43 anos	70,46	77,51	85,26	110,83	130,78	166,49
44 a 48 anos	102,16	112,37	123,61	160,69	189,63	241,41
49 a 53 anos	163,46	179,80	197,78	257,12	303,41	386,26
54 a 58 anos	227,20	249,92	274,91	357,38	421,74	536,90
+ de 59 anos	288,55	317,41	349,15	453,90	535,61	681,86

SÃO CRISTOVÃO - MARÇO 2013 - Taxa de Inscrição: R\$ 15,00

INDIVIDUAL					
Planos	10 E	20 E	20 A	20 CO- PARCIPAÇÃO E	20 CO- PARCIPAÇÃO A
Acomodação	Enfer.	Enfer.	Apto.	Enfer.	Apto.
00 a 18 anos	93,03	111,11	129,11	82,09	93,40
19 a 23 anos	104,19	129,11	151,63	96,23	108,97
24 a 28 anos	116,24	147,13	172,65	108,97	124,53
29 a 33 anos	131,49	174,16	204,19	127,36	145,76
34 a 38 anos	156,30	196,68	229,71	151,42	174,06
39 a 43 anos	179,87	214,70	250,72	175,48	200,95
44 a 48 anos	228,24	268,74	313,77	215,12	246,24
49 a 53 anos	265,46	306,28	358,83	260,39	298,60
54 a 58 anos	329,95	370,83	433,88	333,98	380,68
+ de 59 anos	556,96	644,07	753,67	489,66	560,42

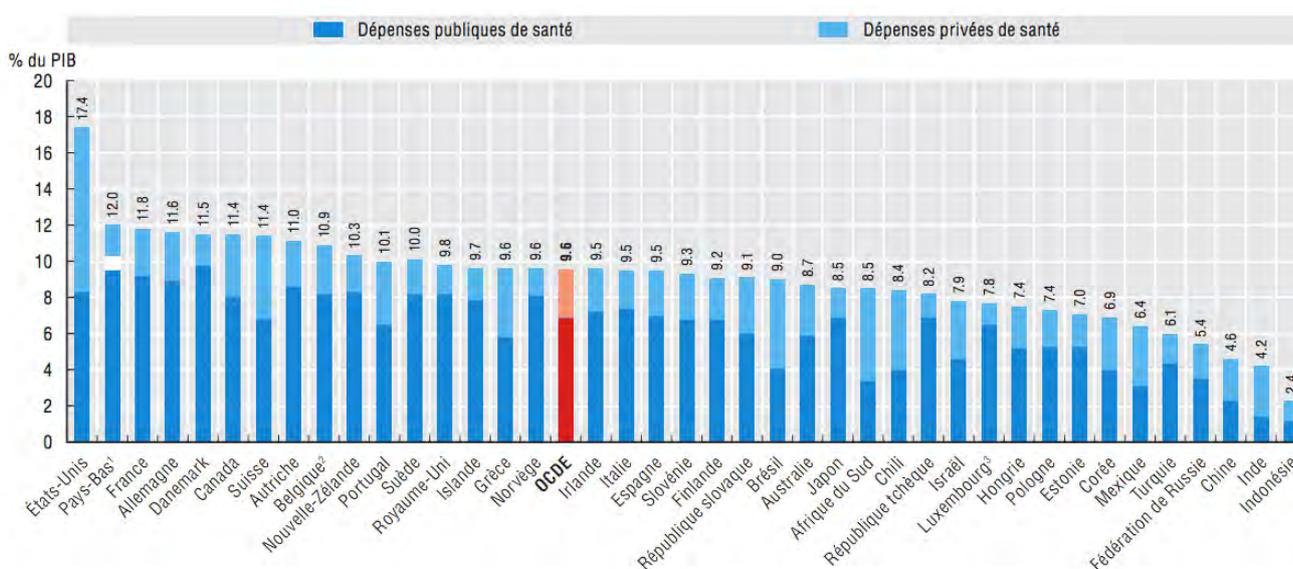
La ANSS (Agencia Nacional de Saude Suplementar) fut créée en 2000 afin de réglementer l'activité des assurances privées. La loi interdit désormais aux assurances de refuser un patient qui aurait une pathologie préexistante. Au-delà de ça, le sous-secteur privé continué à progresser et à développer son offre de soin en tant que prestataire du SUS, ce qui impacte le financement du sous-secteur public

compromettant sa capacité à assurer l'accès à un soin de qualité pour l'ensemble de la population.

4.4 Financement de la santé au Brésil

Le Brésil apparaît à la 24^{ème} place parmi les pays de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en termes de dépenses de santé, avec un investissement correspondant à 9% de son PIB. Ce score permet au pays d'accéder au premier rang des BRICS (Brésil 9%, Russie 6,2%, Chine 4,5% et Inde 4,2%e Afrique du Sud 8,5%), tout en devançant des pays plus développés comme l'Australie ou le Japon³².

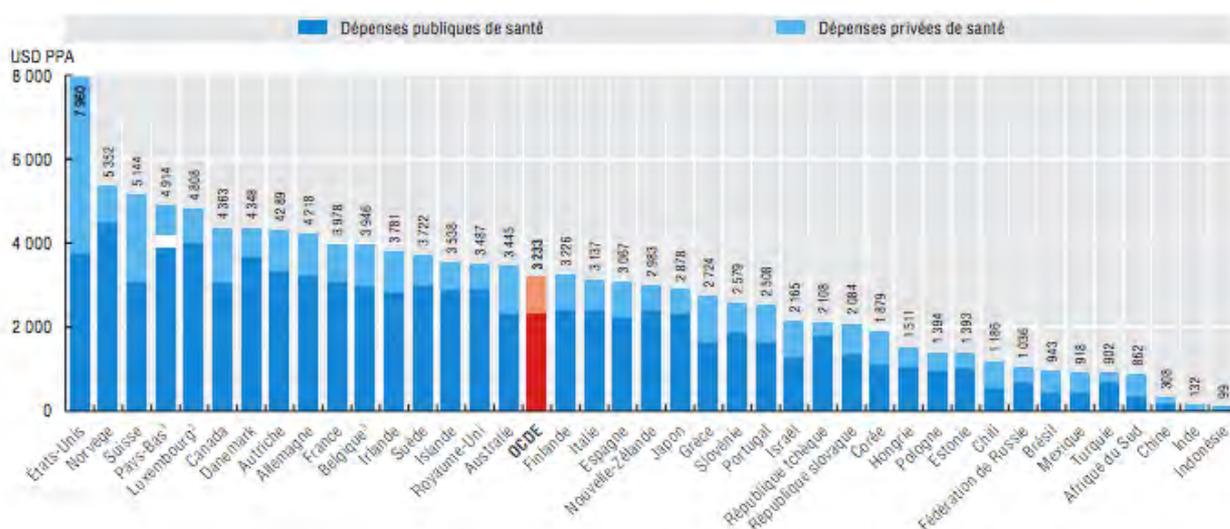
Table 15: Dépenses totales de santé en % du PIB, 2009



La sixième économie de la planète arrive en 35^{ème} position au classement des dépenses par habitant avec 943 USD par an. Les brésiliens dépensent en moyenne 5 fois moins que les suisses pour leur santé, ce qui les place bien en dessous de la moyenne de pays de l'OCDE.

³² OCDE : Panorama Santé 2011

Table 16: Dépenses totales de santé par habitant, publiques et privé - 2009



Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents le système de santé brésilien est majoritairement subventionné par le privé. En 2009 l'état ne participait qu'à 42% des dépenses, ce qui reste faible si nous évaluons la contribution d'autres gouvernements comme le Japon 82,1%, la France 76,8%, les Etats-Unis 47,8% ou encore le Mexique 47,3%.³³

En 2005 le principal contributeur restait la famille avec à charge près de 48% des dépenses. Les médicaments constituent le premier poste de « dépenses santé » avec 48,6% des frais assumés par les familles ce qui représente en moyenne 7,2% des dépenses d'un foyer. La contribution de l'état apparaît de manière inégale à travers une organisation décentralisée du service public. Le gouvernement fédéral reste la principale source de financement public avec 20% des dépenses, les municipalités contribuent à 10% et les états avec 9% en moyenne, notons que l'ensemble des payeurs institutionnel apporte une contribution inférieure à celle des citoyens brésiliens³⁴.

³³ OCDE 2012

³⁴ Ministerio da Saúde, 2008

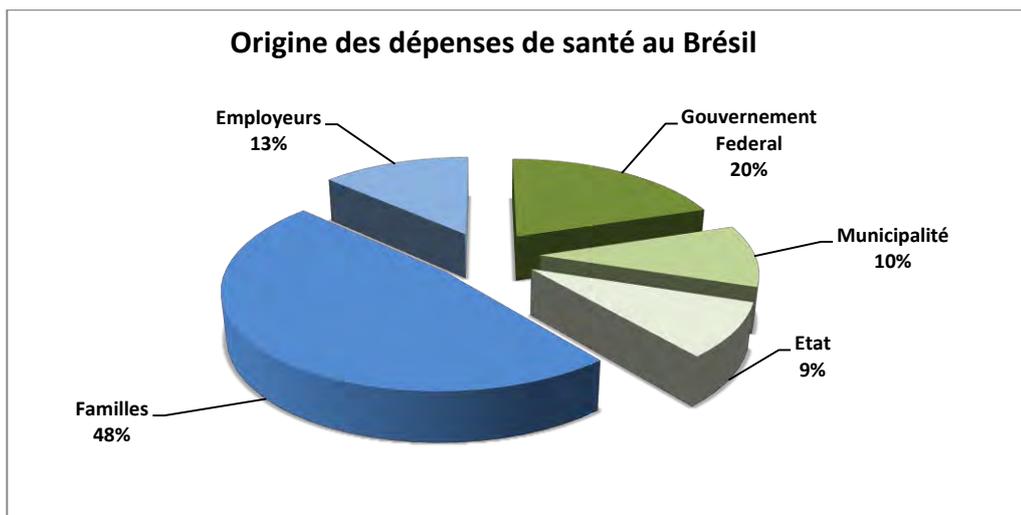


Figure 10 : Origine des dépenses de santé 2005 (Ministério da Saúde, 2008)

C'est en 1988, après deux décennies de dictature, que les brésiliens parviennent grâce à des mouvements sociaux importants, à faire inscrire dans leur constitution le droit à la santé pour chaque citoyen. La mise en place de ce Système Unique de Santé se déroule dans un contexte économique défavorable à ce genre de réforme sociale conduisant à une libéralisation peu contrôlée du marché de la santé dans le pays.

Les gouvernements successifs sont parvenus au long des 20 dernières années à augmenter considérablement l'accès au soin pour les populations. Aujourd'hui des programmes se multiplient et des campagnes de vaccinations ou d'assistance périnatale parviennent à toucher l'ensemble de la population. Le public manque encore de structure de soin spécialisé pour faire face de manière efficace à la transition démographique en cours.

La situation politique et le peu de coordination dans la gestion des ressources publiques sur les 3 niveaux de l'échelle (fédéral, état et municipal), conduisent à un manque de rationalisation dans l'utilisation des ressources au niveau régional. Le secteur public se voit obliger de sous-traiter son activité à un secteur privé qui, profitant d'une meilleure gestion et des financements de l'état, gagne de plus en plus de parts de marché au détriment des structures publiques.

Le financement, majoritairement privé, de ce système le rend très inégalitaire et on constate que les 40% les plus pauvres de la population ne représentent que 10% des dépenses totales de santé du pays. Seul 26% de favorisés bénéficient d'une assurance privé leur permettant un accès prioritaire à des soins de meilleure qualité. On se rend compte des limites de ce système lorsqu'on constate que même des fonctionnaires de l'état reçoivent ce type d'assurance privée à titre de bénéfice dans leurs contrats de travail. L'état conscient de sa capacité limitée à fournir un système de soin efficace se tourne vers les entreprises couvrir la santé de ses propre employés.

5 Le marché de la santé au Brésil :

Le Brésil est un des champions mondiaux de la croissance dans le secteur pharmaceutique, avec une augmentation moyenne de 17% du chiffre d'affaire en Real sur ces 3 dernières années. Il appartient au groupe des « Pharmerging » qui représente la moitié de la croissance mondiale en 2009, avec la Russie, l'Inde, la Turquie, le Mexique, la Chine et la Corée du Sud, devenus les nouveaux marché stratégiques pour une industrie en recherche de relais de croissance.³⁵

Comme nous l'avons vu précédemment, l'amélioration des conditions de vie, due aux mesures gouvernementales ainsi qu'à la croissance économique, a permis l'émergence d'une classe moyenne qui représente aujourd'hui autour de 30 millions de familles. Cette population qui aspire à une meilleure santé a augmenté son budget médicament de plus de 30% entre 2003 et 2009³⁶ devenant un des moteurs de la croissance dans ce secteur.

Le Brésil est aujourd'hui le 6ème marché mondial avec une croissance de 15,86% en 2013, ce qui devrait le conduire à un volume d'affaire de 20 milliards USD d'ici la fin de l'année³⁷. Une étude récente *d'IMS Health do Brasil*, montre que

³⁵ The pharmerging Future - The Business Magazine of Pharma – July 2009, Vol 29, Num 7

³⁶ FecomercioFP 2012 - A Evolução da classe média e o seu impacto no varejo

³⁷ IMS News Flash – 09/2013

la situation actuelle devrait conduire le pays au 4^{ème} rang mondial d'ici 2016 avec 29 milliards surpassant ainsi des leaders historiques comme la France et l'Allemagne.

Rank	2006*	Index	Rank	2011	Index	Rank	2016	Index
1	United States	100	1	United States	100	1	United States	100
2	▲ Japan	35	2	▲ Japan	36	2	▲ China	39
3	▼ France	13	3	▼ China	21	3	▼ Japan	36
4	▲ Germany	13	4	▼ Germany	14	4	▲ Brazil	15
5	▼ China	9	5	▲ France	12	5	▼ Germany	13
6	▲ Italy	8	6	▲ Brazil	9	6	▼ France	11
7	▼ Spain	6	7	▼ Italy	9	7	▲ Italy	8
8	▼ UK	6	8	▲ Spain	7	8	▲ India	7
9	Canada	6	9	▼ Canada	7	9	▼ Russia	7
10	Brazil	5	10	▲ UK	7	10	▼ Canada	6
11	Australia	3	11	▼ Russia	5	11	▼ UK	6
12	Mexico	3	12	▲ Australia	4	12	▼ Spain	5
13	South Korea	3	13	▼ India	4	13	▲ Australia	4
14	▼ Russia	3	14	▼ South Korea	4	14	▼ Argentina	4
15	▲ India	2	15	▲ Mexico	3	15	▼ South Korea	4
16	▼ Turkey	2	16	▲ Turkey	3	16	▲ Mexico	3
17	▼ Netherlands	2	17	▲ Poland	2	17	▼ Venezuela	3
18	▲ Belgium	2	18	▼ Venezuela	2	18	▲ Turkey	3
19	▼ Greece	2	19	▼ Netherlands	2	19	▼ Indonesia	2
20	▲ Poland	2	20	▲ Belgium	2	20	▲ Poland	2

▲ Change in ranking over 5 years

Figure 11: IMS Market Prognostic - April 2012

5.1 Particularités du marché brésilien

Le gouvernement brésilien supporte le développement des industries locales. Des lois récentes donnent l'avantage aux entreprises brésiliennes ou aux fabricants originaires du MERCOSUL³⁸ lors du déroulement d'appels d'offre publics, et ce, même si le prix proposé par ces derniers dépasse de 25% celui proposé par les entreprises étrangères³⁹. Il y a plus de 550 entreprises pharmaceutiques au Brésil employant près de 23,000 salariés⁴⁰.

Historiquement le Brésil compte plusieurs laboratoires locaux qui étaient spécialisées ou non dans le secteur de la chimie, on peut citer deux des leaders du

³⁸ MERCOSUL (Mercado Comum do Sul): Association économique regroupant pays d'Amérique du sud (Argentine, Brésil, Uruguay et Venezuela)

³⁹ Lei No. 12.349/2010 – which amends the bidding law Lei de Licitação No 8.666/93

⁴⁰ Sindusfarma

marché que sont Aché et Néo-Química respectivement fondés en 1965 et 1959. L'expérience qu'ils ont acquise ainsi que les mesures protectionnistes en place ont permis à 6 laboratoires locaux d'intégrer le TOP 15 avec près de 33% de parts de marché en fin d'année 2013.⁴¹

Table 17: Top 20 des Laboratoires au Brésil (3 Real = 1 Euro) - IMS 2013

Top Corporations - Total Market Local Currency

Month Ranking

CORPORATIONS	RKC MONTH:		MAT		
	09/2012	09/2013	09/2012	09/2013	Growth %
Total Market			48.110.285.950	55.740.787.628	15,86
EMS CORP	1	1	5.723.185.330	6.881.395.666	20,24
HYPERMARCAS	3	2	3.889.128.904	4.951.669.915	27,32
GRUP SANOFI	2	3	5.392.809.170	5.535.383.363	2,64
NOVARTIS CORP	4	4	2.897.270.988	3.395.489.676	17,20
ACHE	5	5	2.444.807.291	2.901.201.597	18,67
EUROFARMA	6	6	2.008.570.643	2.305.137.046	14,77
TAKEDA PHARMA CORP	7	7	1.556.555.629	1.805.638.477	16,00
PFIZER CORP	8	8	1.353.747.065	1.515.894.611	11,98
BAYER CORP.	10	9	1.286.069.466	1.498.933.212	16,55
SMITH K.BEECHAM.CO	11	10	1.235.287.891	1.367.241.146	10,68
TEUTO BRASILEIRO	13	11	973.276.723	1.184.461.936	21,70
MSD CORP	9	12	1.313.688.890	1.381.255.382	5,14
JOHNSON+JOHNSON CO	12	13	1.062.345.359	1.157.102.969	8,92
MERCK SERONO	16	14	860.660.821	1.002.683.842	16,50
BIOLAB FARMACEUTIC	15	15	880.506.318	1.012.995.771	15,05
BOEHRINGER ING	14	16	890.837.034	979.800.160	9,99
LIBBS CORP	18	17	699.981.671	803.570.288	14,80
ASTRAZENECA BRASIL	17	18	831.416.261	809.439.642	-2,64
CIMED	25	19	449.484.486	691.735.196	53,90
L OREAL CORP	19	20	601.989.360	684.766.873	13,75

On trouve 3 différentes catégories de médicaments commercialisés au Brésil :

Les Médicament Ethiques :

Ce sont les médicaments de référence, fruit de la recherche clinique des laboratoires. Ils ont un nom de marque et sont protégés par des brevets durant une période de 10 ans. Ces médicaments représentent aujourd'hui 43% des 55 milliard de Real vendus chaque année.

⁴¹ IMS News Flash – 09/2013

Les Médicaments Génériques :

Le marché des génériques avec 12% en valeur montre une croissance importante en volume, mais la politique de prix agressive menée par les laboratoires (jusqu'à 68% de remise offert aux distributeurs et chaînes de pharmacies), ne leur permet pas encore de gagner rapidement en part de marché. Le Brésil représente le plus grand marché du générique en Amérique Latine. Il est dominé par les entreprises locales qui ont profité d'important investissement ces dernières années et qui bénéficient d'une large gamme de molécules. EMS possède le plus large panel avec 363 références, Suivi de Sigma Pharma – 279 ; Medley (Racheté par Sanofi en 2010) – 200 ; Nature's Plus – 182 ; Eurofarma -157 ; Pratti/Donaduzzi – 156 ; Germed -149 et Teuto (racheté à 40% par Pfizer en 2010) - 142⁴².

Les « Similares » :

Cette troisième catégorie de médicaments est commercialisée par des laboratoires produisant des copies des médicaments de référence, vendue sous des noms de marque. Ces laboratoires à la différence des génériques investissent fortement en marketing, sont présent sur les congrès et disposent d'une visite médicale. Des laboratoires locaux, pour la plupart, profitent de leur notoriété pour vendre ces médicaments de marques à des prix plus compétitifs et qui restent perçus par les brésiliens comme étant de meilleure qualité que les génériques. Les « Similares » dominant aujourd'hui le marché devant les produits de référence avec 45% de part en valeur.⁴³

⁴² Progenericos 2011: www.progenericos.org.br/

⁴³ PMB MAT Junho 2012; PPP = Pharmacy Purchase Price

Table 18: Top 20 Produits les plus vendus (3 Real = 1 Euro) - IMS 2013

Top Products - Total Market						
Local Currency						
Month Ranking						
PRODUCTS	RK MONTH		MAT			Growth %
	09/2012	09/2013	09/2012	09/2013		
Total Market			48.110.285.950	55.740.787.628		15,86
DORFLEX S_A	1	1	350.157.782	411.337.324		17,47
TORSILAX N_Q	2	2	231.069.510	324.602.437		40,48
LOSARTAN POTAS.MG N_Q	14	3	109.932.911	290.551.394		164,30
CICATRICURE G3A	115	4	28.631.313	263.160.010		819,13
SINVASTATINA MG SDZ	126	5	29.602.524	195.511.881		560,46
CIT SILDENAFILA MG EUF	38	6	106.155.319	144.188.744		35,83
CIT SILDENAFILA MG N_Q	83	7	46.762.700	166.457.844		255,96
MULTIGRIP MB9	33	8	123.608.126	200.842.585		62,48
NEOSALDINA TAK	3	9	232.844.044	249.416.081		7,12
DIOVAN HCT NVR	5	10	206.689.374	206.291.459		-0,19
GLIFAGE XR M_S	20	11	121.319.910	173.140.655		42,71
GALVUS MET NVR	11	12	138.967.275	176.123.544		26,74
LOSARTAN POTAS.MG E3S	18	13	120.222.206	148.544.585		23,56
CIALIS LLY	6	14	202.277.322	193.287.050		-4,44
EXPEC LG6	34	15	100.695.066	151.202.433		50,16
PANTOPRAZOL MG MD7	4	16	198.466.566	211.712.823		6,67
NEOSORO AD N_Q	16	17	116.178.811	165.211.726		42,20
LOZEPREL MB9	48	18	98.301.032	139.016.554		41,42
ARADOIS BS2	27	19	106.238.382	150.356.725		41,53
DIOVAN AMLO FIX NVR	9	20	156.754.172	165.016.608		5,27

5.2 Origine des médicaments :

Un ensemble de mesures protectionnistes appliquées jusqu'au milieu des années 90 ont favorisé le développement d'un tissu industriel local. Une grande partie des laboratoires internationaux ont en effet investi dans l'implantation d'unités de production qui alimentent le marché à hauteur de 73%⁴⁴.

⁴⁴ Sindusfarma

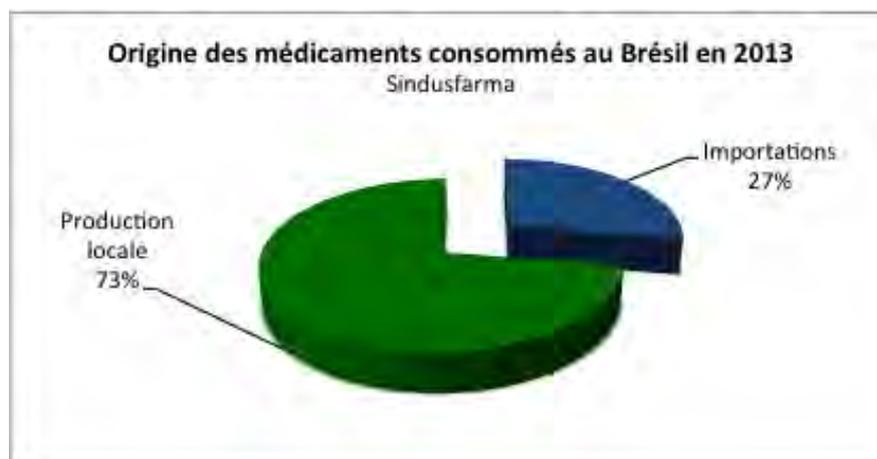


Figure 12: Origine des médicaments consommés au Brésil en 2013

La balance commerciale reste négative pour ce secteur, les prévisions 2013 pour cet indice sont de 5,7 milliards d'USD, ce qui représenterait une augmentation de l'ordre de 13% comparé à 2011³³. Les principaux pays exportant vers le Brésil sont, sans surprise, les pays leaders de la production mondiale. On trouve dans l'ordre la Suisse avec 19% des importations, les Etats-Unis avec 14% suivies de l'Allemagne et de la France avec respectivement 10% et 8%⁴⁵.

Le Brésil représente le plus gros marché domestique d'Amérique Latine avec 45% des ventes sur ce secteur devant le Mexique 15%, l'Argentine 13%, le Venezuela et la Colombie qui représentent quant à eux 8% et 6% des ventes⁴⁶. Des laboratoires comme Sanofi, Pfizer ou encore GSK ont installé sur place leur quartier général LATAM et dirige depuis là, l'ensemble des opérations sur la zone. Ils produisent les médicaments au Brésil avant de les exporter dans les autres filiales de la région, profitant ainsi des avantages fiscaux négociés notamment entre les pays du MERCOSUL et de l'UNASUR (União de Nações Sul-Americanas, formée des 12 pays d'Amérique du sud). L'Argentine est le premier pays importateur de médicaments brésiliens avec 20% du volume total, suivi du Venezuela avec 16%, du Mexique et de la Colombie avec 14% et 8%. Il est à noter que 74% des

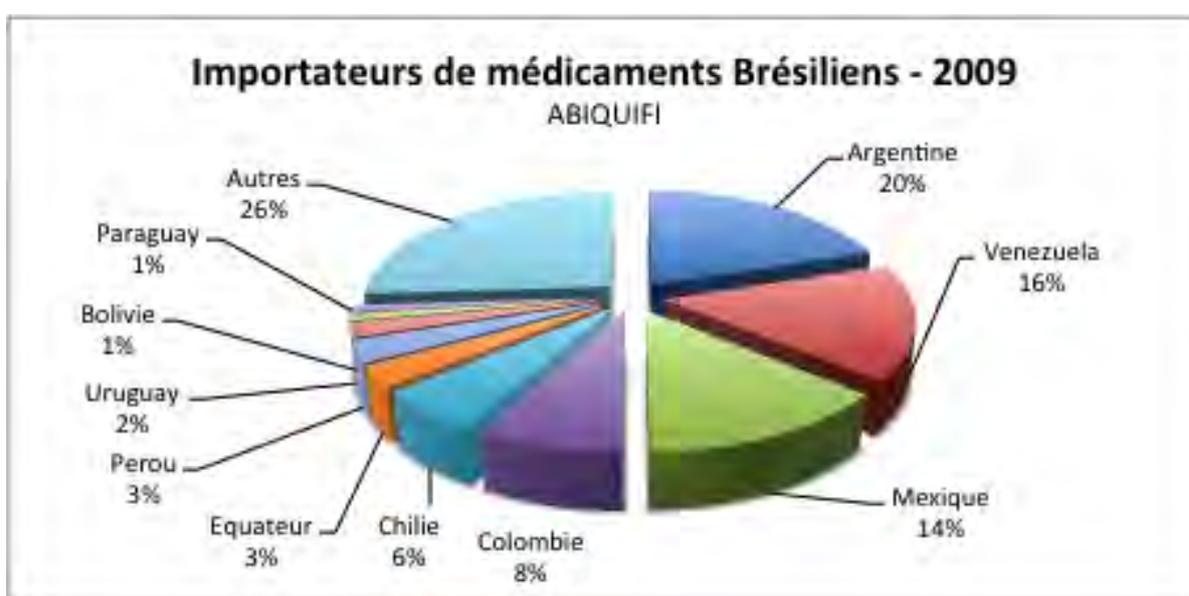
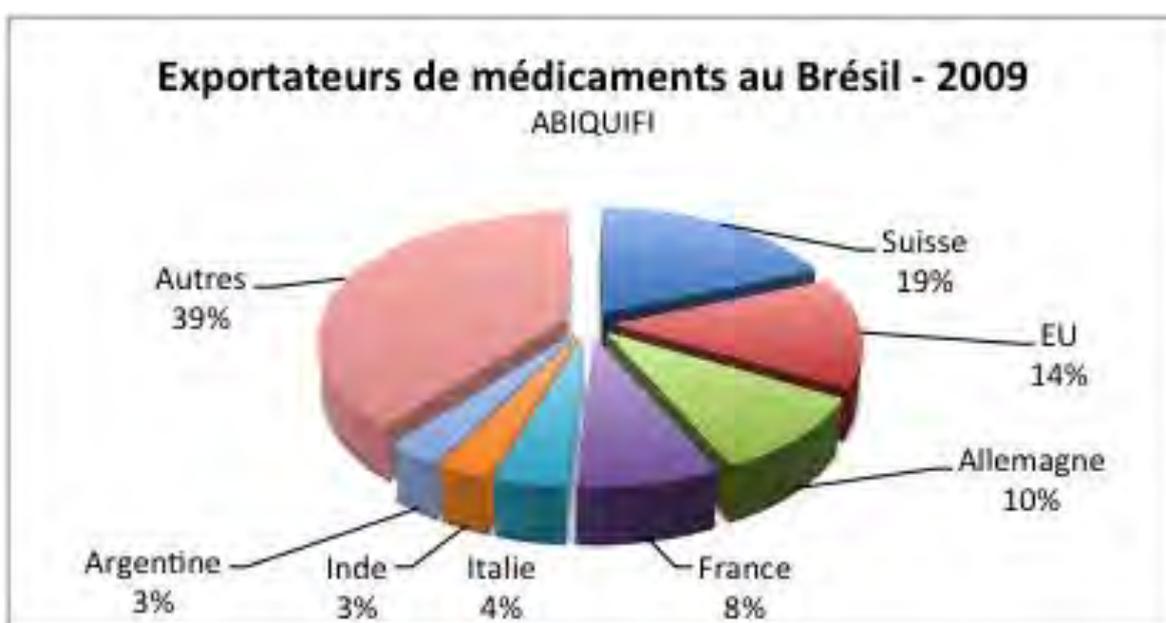
⁴⁵ ABIQUIFI - Associação Brasileira da Indústria Farmoquímica– 2009

⁴⁶ IMS 2012 - Perspectivas do Mercado Farmacêutico Global, América Latina & Brasil

exportations de médicament brésilien sont concentrées en Amérique du Sud et que les pays membres du MERCOSUL représentent, à eux seuls, 39% du total. ³⁴

Table 19: Importations et exportations de médicament au Brésil – Sindusfarma - ABIQUIFI

Unit: US\$ billions	2011	2012	2013 (estimated)
Total Market Size	25,690	25,409	25,517
Total Local Production	20,643	20,063	19,787
Total Exports	1,453	1,494	1,270
Total Imports	6,500	6,840	7,000
Imports from the U.S.	1,170	1,231	1,260



5.3 La fiscalité

Les taxes appliquées sur les médicaments au Brésil sont parmi les plus élevées au monde, chaque année le gouvernement récolte plus de 1 milliards d'USD grâce à divers impôts. On trouve dans l'ordre l'ICMS = 18%, le PIS = 1,65%, le COFINS (impôt pour le financement de la sécurité sociale) = 7,8% plus 4% pour les médicaments importés ce qui fait un total allant de 27,25% à 31,25%, coefficient supérieur à celui appliqué sur les pesticides ou les médicaments destinés aux animaux. A titre de comparaison la France applique une TVA de 2,1% sur les médicaments remboursés, l'Espagne 4% et la Roumanie 9%⁴⁷. Le gouvernement envisage de diminuer la fiscalité sur les produits de santé ce qui permettrait, grâce à une diminution des prix, d'augmenter l'accès au traitement dans le pays.

5.4 Des particularités régionales à prendre en compte

Ce pays continental avec ces 8,5 millions de km², présente nous l'avons vu, d'importantes inégalités démographiques et sociales entre ses différents états. La riche région Sud-Est qui compte 4 états sur 27, s'étend sur seulement 1/10 du territoire. Elle concentre malgré cela 42% de la population totale du Brésil⁴⁸ et on y consomme plus de la moitié des médicaments du pays⁴⁹. La région Nord-Est en opposition à la précédente, est une des plus pauvres. Elle est la deuxième plus peuplée avec un peu moins de 1/3 de la population mais sa consommation en médicament reste relativement inférieure aux autres régions (à titre de comparaison, on peut noter qu'elle est équivalente à celle du Sud qui est moitié moins peuplé).

⁴⁷ WHO - Review Series on Pharmaceutical Pricing Policies and Interventions - Working Paper 5: Sales Taxes on Medicines 2011

⁴⁸ IBGE - CENSO 2010

⁴⁹ IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística 2012

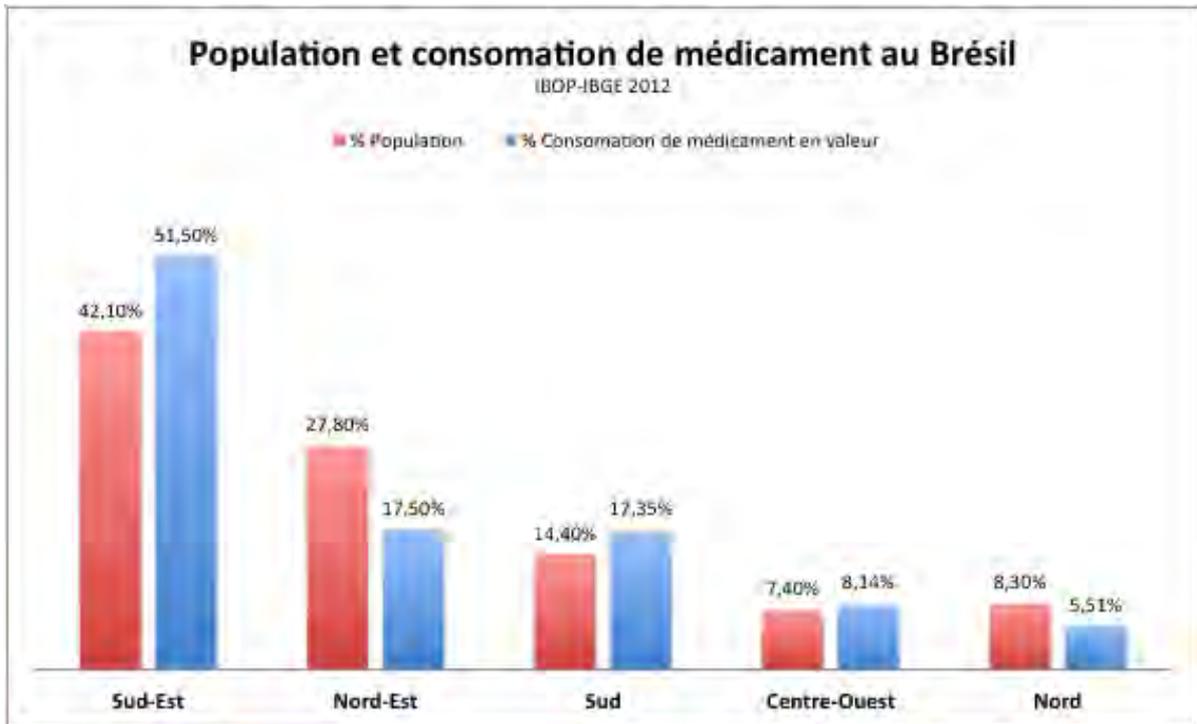


Figure 13 : Population versus Consommation de médicament au Brésil - IBOP-IBGE 2012

En portant cette fois notre analyse sur le marché de chaque état, on s'aperçoit que 5 état sur 27 (Sao Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul et le Parana) représentent à eux seuls les 2/3 du marché brésilien faisant du Sud/Sud-Est une sorte de « Golden Valley » pour les laboratoires pharmaceutiques.⁵⁰

⁵⁰ IMS Health do Brasil



Figure 14 : Le marché pharmaceutique brésilien par état - IMS 2009

5.5 Le marché public et le remboursement des médicaments

Le système de santé brésilien est, comme nous l'avons vu, basé sur ce texte fondamental qu'est la Constitution Fédérale de 1988 et qui instaure le principe d'un accès à la santé pour tout les citoyens à travers le SUS (Système Unique de Santé). Malgré cette bonne volonté proclamée, le Brésil n'a pas encore réussi à mettre en place un système équitable qui répondrait aux besoins de sa population. Il reste en moyenne 71,4% du prix du médicament à la charge du patient⁵¹. La santé apparaît en 4ème position dans le budget des familles après le logement, l'alimentation et le transport. Elle représente en moyenne 9% des dépenses hors logement⁵².

⁵¹ Interfarma - Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa - 2012

⁵² IBGE : Pesquisa de Orcamentos Familiares 2009

La prise en charge du traitement par le SUS peu intervenir dans trois situations différentes :

La RENAME:

Il s'agit de la « Liste Nationale des Médicaments Essentiels ». Quand un patient est pris en charge par un hôpital du SUS, il bénéficie de médicaments inscrits sur une liste positive définie par le gouvernement. Pour enregistrer leurs produits dans cette liste, les laboratoires doivent fournir une série d'étude de pharmaco-économie. Cette liste restreinte est principalement composée de médicaments génériques et comporte peu de médicaments considérés comme des nouvelles thérapies.

Le programme de prise en charge des traitement à haut coût :

Le gouvernement prend en charge le traitement de certaines pathologies comme le VIH, la polyarthrite rhumatoïde ou encore certains cancers.

Programa Farmácia Popular do Brasil:

Lancé sous le gouvernement Lula en 2004, ce programme a permis de donner un accès gratuit pour un certain nombre de traitement. Il regroupe aujourd'hui un peu plus de 100 molécules traitant le diabète de type II, l'hypertension, les dyslipidémies ou encore la maladie de Parkinson. Ce programme est accessible dans des pharmacies publiques dédiées mais aussi dans des pharmacies privées conventionnées. Le programme a permis de distribuer des médicaments gratuits à plus de 12 millions de personnes entre janvier 2011 et mai 2012.⁵³

La part importante restant à charge des patients conduit à d'importantes inégalités en terme d'accès aux traitements. Rappelons que seulement 9% de la

⁵³ Ministério da saúde – Governo Federal do Brasil

population brésilienne est responsable de 53% de la consommation en médicaments.⁵⁴

5.6 Le prix du médicament

Le système de prix brésilien apparaît comme opaque et arbitraire. La dernière réforme date de 2003 et a conduit à la création d'une chambre de régulation du marché des médicaments, la Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos CMED. Ce nouvel organisme établit des recommandations règlementaires visant à encadrer l'activité commerciale sur l'ensemble de la chaîne de valeur impliquant les fabricants, les distributeurs et les pharmacies. Il a notamment statué sur la limitation de la marge appliquée par ces derniers.

L'agence a également instauré un système de prix de référence basé sur une estimation des prix pratiqués dans les pays de l'Ouest (Australie, Canada, Espagne, Etats-Unis, France, Grèce, Italie, Nouvelle-Zélande et Portugal). Cette évaluation permet au gouvernement de publier pour chaque produit un prix maximum consommateur. Il est à préciser que les pharmacies ou distributeurs qui vendent au gouvernement doivent appliquer le Preço Fabrica, PF, correspondant au prix maximum pratiqué par l'industriel.

Les principales missions de la CMED sont de mettre en place des limites pour l'ajustement des prix, la coordination de processus administratifs d'attribution d'AMM, définir les marges respectives des différents acteurs de la chaîne de valeur et vérifier si les bonnes pratiques de fabrication sont appliquées.

Chaque année à la date du 31 Mars, tous les fabricants doivent communiquer aux autorités une liste de tous leurs produits associés à un prix fabricant. Il s'agit de l'unique opportunité d'augmenter leurs prix. Ce prix sera donc fixe jusqu'à l'année suivante.⁵⁵

⁵⁴ IBOP - 2012

⁵⁵ ANVISA website

5.7 Les circuits de distribution

5.7.1 Les distributeurs

L'ANVISA dénombre 6.741 distributeurs disposant d'une autorisation de fonctionnement au Brésil²⁸. Ils sont rassemblés dans les 2 syndicats majeurs que sont Abrafarma pour les plus gros et les plus diversifiés ou Abradilan pour les petits distributeurs régionaux plus spécialisés dans les génériques, les similaires et les cosmétiques. Le marché de la distribution a subi un processus de concentration ces dernières années laissant apparaître quatre grands types de distributeurs.

Les distributeurs nationaux :

On compte au Brésil 3 grands distributeurs capables d'approvisionner des pharmacies dans la quasi-totalité du pays, grâce à un réseau allant de 10 à 16 centres de distribution répartis sur l'ensemble du territoire. Il s'agit de groupes leaders du marché qui se sont développés par croissance organique ou par le biais de rachat d'entreprises régionales. Le groupe *Panpharma* est en tête avec 15% de part de marché et un portefeuille de clients comptant 37.000 pharmacies. Il a été racheté entre 2009 et 2012 par le leader européen *Célério* confirmant ainsi l'intérêt suscité par la croissance du secteur au Brésil⁵⁶. On trouve ensuite *Profarma*, basé à Rio de Janeiro cette entreprise s'est illustrée début 2013, par le rachat de 4 chaînes de pharmacies de moyenne portée, ce qui lui a permis d'intégrer en moins d'un mois le Top 10 de ce secteur en terme de points de vente. *Santa Cruz* apparaît en troisième position et comme leader de la distribution de produits cosmétiques et *personal care*.

Les distributeurs régionaux majeurs :

Cette catégorie est constituée de distributeurs régionaux ayant une activité sur 5 à 9 états et disposant d'un portefeuille de client d'environ 17.000 pharmacies. On trouve *Servimed* et *Drogacenter* dans l'intérieur de Sao Paulo, leur influence s'étend

⁵⁶ <https://www.panpharma.com.br/content/company/>

sur toute région Sud-Est et ils sont leader du marché sur certains états. Le *Groupe Jorge Batista* est quant à lui leader historique sur les régions Nord-Est où les distributeurs nationaux sont moins implantés.

Les distributeurs régionaux de moyenne portée :

On trouve deux distributeurs dans cette catégorie, *GAM* et *ANB Farma*. Ils sont tous les deux présents sur la région Sud, qui compte 3 états, et disposent d'un portefeuille de pharmacie de 10.000 points de vente. Leurs forces de vente sont importantes comparées à celles des distributeurs nationaux dans cette région. Ils se différencient par ce biais, en apportant un meilleur service en étant plus présents sur le terrain.

Les distributeurs régionaux de plus petite portée :

On trouve dans cette catégorie de plus petites entreprises avec un portefeuille de client allant de 2.000 à 7.000 pharmacies et opérant sur un ou deux états. Certaines sont spécialisées dans la distribution de génériques ou de similaires qui leur fournissent une meilleure marge.

5.7.2 Les pharmacies :

Selon les données publiées par IMS en 2012, les pharmacies représentent aujourd'hui 85% du total des ventes de médicaments. Il n'existe pas de réglementation encadrant le nombre de pharmacies au Brésil, elles sont présentes à tous les coins de rue dans les principales villes du pays. On compte 3,4 pharmacies pour 10.000 habitants soit 20% de plus qu'en France et 70% de plus qu'en Espagne⁵⁷. Il existe trois différents types de business model parmi les 80.000 points de ventes répertoriés au Brésil⁵⁸. Le marché est assez concentré puisque 13.000 points de vente représentent 75% du volume d'affaire²⁹.

⁵⁷ IMS - Brasil – Distribuição e Varejo - 2012

⁵⁸ Conselhos Regionais da Farmacia - Relatório de Atividade Fiscais - 2012

Les chaines de pharmacies :

Elles dominent aujourd'hui un marché en pleine phase de concentration, 50% des médicaments vendus au Brésil le sont via ces enseignes. Elles se concentrent pour la plupart dans la région Sud/Sud-Est qui draine près de 2/3 du marché brésilien. Les 5 leaders que sont *Raia-Drogasil*, *DPSP*, *Pague Menos*, *BR-Pharma* et *Araujo* représentent près de 30% des ventes du pays⁵⁹. Ces enseignes ont connu récemment un important processus de concentration via des opérations de M&A. Des géants du marché se sont rassemblés pour augmenter leur pouvoir de négociation et leur influence sur un marché alors encore fragmenté. Citons quelques exemples comme *Brazil-Pharma* branche de la banque d'investissement *BTG Pactual* ; ces derniers commencèrent une large opération de rachat de 9 chaines de pharmacie les conduisant à intégrer le Top 5 du marché en l'espace de 3 ans avant d'échanger des actions avec *Profarma* un des leader national de la distribution consolidant ainsi leur poids sur ce marché. D'autres opérations ont vu se rapprocher d'autres leaders comme *DSP-Pacheco* ou encore *Raia-Drogasil* conduisant à la création de groupes dépassant les 800 point de vente. Un autre phénomène intéressant et qui pourrait changer la donne dans ce secteur est l'entrée du géant américain *CVS* détenant 7.400 pharmacies outre atlantique.

Chaîne	Nombre de Point de Vente	Prevision de d'ouvertures à 1 an
RAIA- DROGASIL	827	130
DSP-PACHECO	715	60
PAGUE MENOS	548	100
PANVEL	287	20
SAO JOAO (RS)	257	ND
DROG CATARINENSE	246	ND
NISSEI	237	20
MAIS ECONOMICA(RS)	202	ND
EXTRAFARMA	180	ND

Table 10 : Nombre de points de vente de principales chaines au Brésil - 2013

⁵⁹ ABRAFARMA : Associação Brasileira de Farmácias e Drogarias - 2012

Les pharmacies indépendantes :

Elles concentrent 47% de part de marché avec 90% des points de vente. Il est à préciser que moins de la moitié des propriétaires sont pharmaciens. 6% de ces entrepreneurs ont commencé à se rassembler en groupements coopératifs comme on peut en trouver en France (Alphega, Giropharm, Népentès...), cela leur donne plus de poids lors des négociations auprès des distributeurs et laboratoires.

Les pharmacies appartenant au canal alimentaire :

On les trouve principalement dans les super ou hypermarchés des groupes comme Walmart, Carrefour et Pao de Açúcar (filiale de Casino). Ils représentent aujourd'hui 3% des ventes et sont entrés dans un processus de développement de leurs activités en investissant de manière importante dans l'ouverture de nouvelles officines (100-120 unités par an)⁶⁰.

5.7.3 Les Hôpitaux :

Ils représentent 11% de la consommation de médicaments au Brésil. Les achats se font généralement par appel d'offre appelé *Pregao* et qui correspondent à des enchères inversées. Les laboratoires sous-traitent cette activité aux distributeurs qui ont développé des services comme la veille sur les publications d'appel d'offre, ils représentent également les laboratoires au cours de *Pregao* s'assurant ainsi la distribution des produits s'ils remportent le marché.

⁶⁰ IMS - Brasil – Distribuição e Varejo - 2012

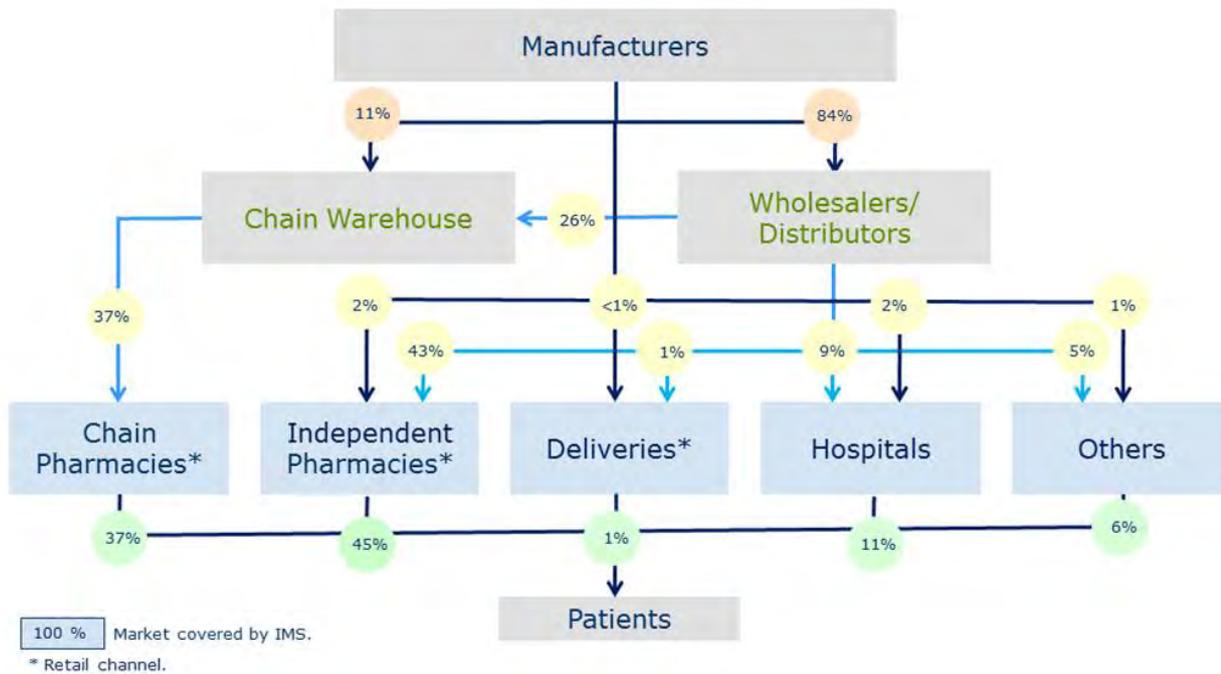


Figure 15 : Circuit de distribution des médicaments au Brésil - IMS 2012

6 Accès aux pays émergents

6.1 Les éléments déterminants le choix d'une stratégie d'entrée :

Toute entreprise désireuse de se développer sur un nouveau marché se doit de posséder les ressources et les compétences adaptées. Bien souvent les « Managers » se rendent compte que l'expérience, l'organisation et les connaissances accumulées au cours des années, ne sont pas directement transposables à la même activité dans un pays différent. En effet les particularités législatives et concurrentielles rendent nécessaire le choix entre un temps d'adaptation ou la recherche d'un partenaire local pour les nouveaux entrants.

6.1.1 Les ressources et compétences :

Le terme de stratégie a longtemps été retenu pour sa connotation guerrière déterminant l'art d'utiliser de manière optimale les ressources et compétences d'une armée dans le but de remplir des objectifs militaires. Depuis les années 60 les chercheurs en sciences du management se sont employés à transposer cette notion de stratégie à la gestion des entreprises, développant à cet effet divers outils dédiés à l'usage des managers. L'un de ces instruments, qui est l'analyse stratégique de l'entreprise, commence par son analyse interne ou par l'étude des ressources et compétences dont elle dispose pour se différencier sur un marché.

La littérature nous présente trois types de ressources distinctes : les ressources physiques (financières, immobilières, technologiques ainsi que les matières premières), les ressources organisationnelles (politique de l'entreprise, procédures et routines instaurées au sein de l'entreprise, structure de la hiérarchie, éléments de contrôle de l'activité) et les ressources humaines (expérience, niveau de formation des cadres et employés, niveau d'investissement du personnel dans l'entreprise)⁶¹.

“Une compétence est la capacité d'un ensemble de ressources à réaliser une tâche ou une activité”, si l'on reprend la définition que nous donne Grant. Cela signifie que les compétences sont ancrées principalement dans la capacité des différents individus ou entités d'une entreprise à collaborer à la réalisation d'un projet commun de manière rationnelle et efficace. Le tableau ci-dessous, issu des travaux de M. SA Tywoniak du Département Stratégie et Politique d'Entreprise au sein du Groupe HEC, nous propose une vision schématique du niveau d'intégration de ces compétences.

⁶¹ BARNEY J - 1991 - Firm Resources and Sustained Competitive Advantage - Journal of Management, 17, 99-120.

Table 20: Architecturé des compétences de l'organisation

Niveau supérieur	Compétences inter-fonctionnelles <ul style="list-style-type: none"> •Développement de produits •Service client •Gestion de la qualité 	Compétences générales <ul style="list-style-type: none"> •Processus de coordination •Processus de décision •Structures d'incitations •Gestion de la performance
Niveau intermédiaire	Compétences fonctionnelles <ul style="list-style-type: none"> •Recherche-développement •Production •Marketing et ventes •... 	
Niveau élémentaire	Compétences opérationnelles <ul style="list-style-type: none"> •Savoirs spécialisés •Savoir-faire individuels •Connaissances individuelles 	

Source: adapté de Quélin [1995, p. 18] et Grant [1996, p. 378]

6.1.2 Les institutions

La structure des institutions dans les pays émergents demeure sensiblement différente de celles des pays développés⁶². De nouvelles recherches suggèrent l'importance que prennent ces dernières dans le choix d'une stratégie d'entrée et dans la création d'avantages concurrentiels⁶³.

Les institutions incluent par exemple un cadre légal garantissant la propriété intellectuelle et une organisation de l'activité professionnelle limitant le risque de corruption. Elles permettent souvent la mise en place d'organismes tels que les chambres de commerce et d'industrie ou l'INSEE pour la France, favorisant ainsi les échanges et le commerce entre leurs acteurs tout en donnant accès à des sources d'informations pertinentes. L'impact qu'elles ont sur la structure des

⁶² MEYER KE, PENG MW – 2005 – Probing into central and Eastern Europe: transactions, resources, and institutions - Journal of International Business Studies

⁶³ INGRAL P, SILVERMANN B - 2002 - P 1-30 – The New Institutionalism in Strategic Management – Elsevier Amsterdam

marchés se révèle primordiale lorsqu'on se penche sur les FDI (Foreign Direct Investment).

Certains gouvernements, du fait de politiques protectionnistes, vont appliquer des mesures visant à limiter l'accès à leur économie par des entreprises étrangères. Cela peut se traduire par la mise en place de procédures compliquées, de lourdes formalités ou par l'octroi d'un nombre limité de licences. Les conséquences de ce genre de politique pour des entreprises multinationales seront l'augmentation des coûts ainsi que des risques liés à l'entrée sur le marché, conduisant à la recherche de partenaires locaux qui serviront, entre autre, d'interface avec les autorités.

L'étude de la littérature concernant l'accès à un nouveau marché dans le cadre d'une structure institutionnelle faible, nous apprend d'une part que l'accès aux ressources devient primordial et d'autre part que l'accès à ces ressources est plus difficile ou plus coûteux dans le cas d'investissements. Il devient donc plus intéressant et moins risqué de s'associer à des acteurs locaux par le biais de Joint-Venture (JV) ou d'alliance⁶⁴.

L'enjeu pour les entreprises qui souhaitent accéder à de nouveaux marchés sera de trouver un compromis entre le coût, l'efficacité et le risque que représentent les différentes stratégies d'accès aux institutions et aux ressources afin d'intégrer ou de développer les compétences nécessaires à leur succès.

6.2 Etude comparative des différentes stratégies d'accès aux marchés émergents :

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, l'internationalisation des entreprises n'est pas seulement devenue un enjeu stratégique pour leur développement mais aussi pour le maintien d'une certaine compétitivité sur leur propre marché domestique. Les pays émergents, avec en moyenne 5% de croissance annuelle supplémentaire, 82% de la population mondiale et 92% des

⁶⁴ Bhaumik, Estrin, Meyer, Peng 2008 – Institutions, resources and entry strategies in emerging economies

naissances, représentent évidemment une cible de choix pour les investisseurs. Dans cette partie nous présenterons les différentes stratégies utilisées par les entreprises multinationales pour étendre leurs opérations dans des pays étrangers ainsi que les risques qu'elles présentent.

6.2.1 Exportation

C'est la manière la plus simple et la moins risquée de commencer une expansion à l'échelle internationale. Il suffit que la société se fasse connaître par les consommateurs ciblés, par exemple en installant des bureaux et en recrutant ou en sous-traitant des équipes de commerciaux pour promouvoir ses produits. Ce schéma est souvent mis en place lors de l'internationalisation des laboratoires pharmaceutiques en raison des coûts liés à la mise en place de nouveaux centres de production dans chaque pays.

Une autre option est de passer par un intermédiaire, il existe différentes solutions : *les agent internationaux* qui fournissent des services de transport international tout en assurant la relation avec des distributeurs locaux, sans devenir propriétaires de la marchandise ; ou *les distributeurs internationaux* qui eux vont se porter acquéreur des stocks avant de revendre pour leur propre compte les produits achetés. L'utilisation d'intermédiaires se révèle nécessaire lorsque la compagnie ne dispose pas des connaissances et de l'expérience suffisante en commerce international.

La sous-traitance permet de trouver rapidement des canaux de distributions adaptés aux produits tout en bénéficiant de l'expérience et du réseau professionnel des acteurs locaux. Les inconvénients majeurs restent le manque de contrôle sur les opérations ainsi que l'absence de contact avec le client final ce qui ne facilitera pas l'acquisition d'expérience.

6.2.2 L'octroi de licences d'exploitation de brevet ou de marque à l'étranger

Les entreprises développant de nouvelles technologies et produits ont besoin de les protéger par des brevets si elles ne souhaitent pas être tout simplement copiées par la concurrence. Lorsqu'une entreprise décide d'accorder une licence d'exploitation, le bénéficiaire se voit autorisé à produire et commercialiser sous la marque d'origine ou non les produits protégés par un brevet. En contrepartie ce dernier reverse un pourcentage préétabli des bénéfices sous forme de royalties au détenteur du brevet.

Même si généralement les entreprises ont su développer des rapports de confiance, le bénéficiaire de la licence peut devenir un concurrent potentiel en raison du partage de la connaissance et de la technologie. L'octroi de licence peut se faire également dans le cas de franchise ou de contrat de gestion.

L'industrie pharmaceutique est un secteur dans lequel les barrières à l'entrée sont élevées. Il faut tout d'abord se faire connaître auprès des autorités et obtenir la crédibilité nécessaire dans les milieux médicaux. Les laboratoires utilisent souvent ce genre de stratégies, ce qui permet de bénéficier des réseaux de visite médicale de partenaires, maximisant ainsi le taux de pénétration du marché en augmentant leur visibilité.

6.2.3 Alliances stratégiques

Nous inspirant des définitions proposées par certains auteurs⁶⁵, nous avons relevé trois points clés qui semblent caractériser les coopérations interentreprises : la conduite d'une action commune, tout en préservant l'indépendance totale des

⁶⁵ Dussauge, 1990; Noël et Zhang, 1992; Jorde et Teece, 1989; Yoshino et Rangan, 1995

partenaires en dehors de la coopération ; une mise en commun des ressources et, enfin, l'accès aux avantages de la coopération pour chaque partenaire»⁶⁶.

La conjoncture économique et les règles de la globalisation du marché poussent de plus en plus les entreprises à partager leurs compétences et leurs ressources afin de lutter contre la concurrence internationale. Les alliances stratégiques constituent un moyen efficace et moins contraignant que les investissements directs, pour associer deux entreprises autour d'un même objectif. Les accords de coopération offrent un large panel de contrats allant du simple accord commercial ou de distribution, à l'échange de technologie en passant par la participation conjointe à des projets de R&D où la mise en commun des techniques maîtrisées par chacune des parties permet d'aboutir à de nouveaux progrès.

Une des finalités recherchée par les entreprises est également l'apprentissage de nouvelles compétences au travers de l'alliance sans pour autant dévoiler toutes celles acquises par expérience. Une telle situation fait que les entreprises, préservant leur indépendance, agissent parfois comme partenaires ou comme rivaux⁶¹. La définition préalable des ressources et compétences apportées par chacun, le niveau de contrôle et les moyens mis en œuvre ainsi que la répartition des bénéfices et les conditions de désengagement sont des éléments fondamentaux à envisager et mettre en place dans le but de garantir le bon fonctionnement de l'alliance⁶⁷.

Voici l'analyse que nous propose A. Ouédraogo en 2003 concernant les types de ressources recherchés par les différents partenaires dans les pays émergents :

⁶⁶ A. Ouédraogo, Thèse pour l'obtention d'un PhD en Management, Alliances stratégiques dans les pays en développement, management et conditions de performance : une étude d'entreprises camerounaises et burkinabé, Montréal, HEC Montréal, 2003, 1 volume 303 pages

⁶⁷ K. Almezayen, Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Pharmacie, Quelle stratégie faut-il adopter pour créer une « alliance » de CROs (Contract Research Organization) spécialisées, de petite et moyenne taille, en Midi-Pyrénées qui sera attractive à l'échelle régionale, nationale et internationale, et quels sont les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir ?. Toulouse, Université Paul Sabatier, Faculté des sciences pharmaceutiques, 2012, 1 volume 102 pages

« Le capital : L'accès au capital a souvent été le but poursuivi par les partenaires locaux.

La technologie : Néanmoins, nous pouvons signaler les travaux réalisés sur les pays d'Asie. En général, le partenaire étranger dispose d'une technologie que le partenaire local veut acquérir, mais les conditions de transfert sont souvent difficiles à cause du fait que les conditions locales sont inexistantes ou que la technologie est inadaptée aux conditions locales.

L'accès aux institutions : Lorsqu'un investisseur étranger connaît mal un pays en voie de développement, un partenaire local peut lui fournir une contribution très précieuse par sa connaissance du marché en général, et par les contacts qu'il entretient avec les institutions locales de financement en particulier.

6.2.4 Joint-Venture

La Joint-Venture est créée dans les mêmes circonstances que les alliances stratégiques. Elle permet là aussi à plusieurs entreprises de rassembler leurs compétences autour de projets communs. A la différence de l'alliance, chaque partenaire investit un capital et des compétences dans une nouvelle entité légale. Ils deviennent coactionnaires de cette société. La participation à une Joint-Venture implique un partage des risques ce qui signifie que les parties prenantes sont solidaires en cas de faillite. Bien souvent les engagements sont à long terme et certains ne prévoient même pas de durée limitée à leur engagement. Une exception qui confirme la règle avec le cas des consortiums. Ce sont des Joint-Venture comprenant plus de deux partenaires. Elles sont souvent utilisées comme structures coordinatrices lors de la réalisation de gros chantiers comme la construction d'autoroutes ou de ponts. La coopération s'arrêtera dans ce cas lors de l'accomplissement de l'œuvre.

Les raisons poussant les entreprises à s'allier sont les mêmes qu'auparavant à savoir minimiser les risques, bénéficier des structures et de l'expérience de l'autre. A cela s'ajoute un facteur légal pour certains pays qui après la décolonisation ont mis en place des mesures ultra-protectionnistes visant à obtenir une certaine

indépendance économique. Certaines de ces mesures interdisent l'accès à des domaines d'activités stratégiques pour les entreprises étrangères si elles ne sont pas associées à des entreprises locales. Ce type de mesure visant à favoriser le transfert de technologie vers les entreprises nationales⁶⁸.

Les 3 principaux enjeux lors de la création d'une Joint-Venture entre une entreprise multinationale et l'acteur local d'un pays en développement sont le risque, le contrôle et le transfert de technologie. Le but recherché par les grands groupes est évidemment de limiter le risque, prendre le contrôle de la structure et limiter le transfert de technologie ce qui leur permettra d'éviter que l'ancien allié ne devienne un concurrent. Les acteurs locaux présents sur les marchés émergents lutteront quant à eux pour plus de contrôle et plus de transfert de technologie.

Cinq facteurs sont indispensables afin de mettre en place une Joint-Venture pérenne ⁶⁹:

- Connaître très bien le partenaire, travailler avec le partenaire sur plusieurs projets
- Une connaissance complète et détaillée du marché pour les deux parties prenantes
- Une division claire de la contribution de chaque partenaire
- Mise en place de conditions de sortie concernant la Joint-Venture
- Mettre en place un manager indépendant de chacune des compagnies.

6.2.5 Investissements directs via M&A ou Greenfield stratégie

Ces deux stratégies d'entrée représentent le plus haut degré d'engagement et de risque de la part d'une société. Ils permettent à travers un investissement direct d'accéder à des actifs en propre dans le pays concerné. La stratégie de M&A

⁶⁸ Wright R.W. & Russel C.S.- 1975 - Joint venture in developing countries, realities and responses

⁶⁹ Ernst&Young 2011 - Transacting in emerging markets Critical success factors for consumer products companies

(Merger and Acquisition) consiste en le rapprochement et la fusion de deux sociétés existantes pour n'en former plus qu'une. La stratégie Greenfield représente la construction d'une filiale *Ex Nihilo*.

Ce type de structure peut être trouvée dans des domaines d'activités où le contrôle total de la filiale est une nécessité, que ce soit pour des raisons de protection des propriétés intellectuelles, de culture d'entreprise ou parce que le contrôle de la filiale par le siège est indispensable.

Le fait de construire la filiale en partant de rien confère à ses dirigeants une forte adaptabilité de la structure puisqu'ils mettront en place l'ensemble des processus sans risquer de perturber une organisation existante. Concernant les principales difficultés rencontrées pour cette stratégie dite « Greenfield » ; il faut prendre en compte les coûts additionnels liés au marketing des produits. De plus, comme l'évoquent certaines études, l'apparition d'un acteur supplémentaire va bouleverser la structure du marché en augmentant la concurrence entre les entreprises ce qui aura pour conséquence la baisse des prix, effet que l'on ne retrouve pas lors du rachat d'une société déjà existante, ces derniers préconisent comme solution idéale, le rachat d'une entreprise ayant des unités de production de haute technologie.⁷⁰

Selon une étude publiée par le WIR (World Investment Report), les M&As représentent le premier moyen utilisé lors des FDI (Foreign Direct Investment). Ils permettent rapidement d'accéder à une taille critique tout en bénéficiant des compétences techniques, managériales et organisationnelles adaptées au marché en question. Malgré cela on considère souvent que les objectifs préétablis avant la fusion de deux sociétés ne sont pas atteints⁷¹. La difficulté d'adaptation entre les cultures des sociétés étant mise en cause dans la majeure partie des travaux, il est facilement concevable que les routines utilisées dans chaque société ainsi que les différences culturelles et éducationnelles puissent avoir un impact important sur les structures hiérarchiques. Ce phénomène conduisant à des difficultés d'ordre

⁷⁰ Peter J. Buckley and Mark C. Casson (1998) Analyzing foreign market entry strategies: Extending the internalization approach, *Journal of International Business Studies*, 29 (3), 539-562.

⁷¹ Ernst&Young 2011 - Transacting in emerging markets Critical success factors for consumer products companies

organisationnel entre le siège de la société et la filiale fraîchement intégrée. L'un des enjeux principaux lors de la mise en place de M&A sera donc d'établir des systèmes de communications efficaces afin de transmettre la politique de l'entreprise dans la filiale tout en utilisant de manière efficace l'expérience et les compétences développées par les managers locaux.

Ces éléments nous poussent vers les notions de standardisation ou d'adaptation du management. Certains témoignages recueillis lors d'une table ronde au centre de stratégie digitale à la *Tuck School of Business* nous apportent la vision que peuvent avoir les dirigeants de filiales : « Nous avons essayé de mettre en place une compagnie globale avec des business locaux, et nous pensons que c'est la clé de notre succès » *Cargill's Rita Heise*.

Plusieurs participants mettent en avant le fait que les pays émergents ne peuvent pas être considérés comme une région homogène et qu'il est difficile de proposer une solution généralisable. Il est important de réaliser une approche progressive en laissant le temps aux équipes de partager leurs points de vue, leurs modes de fonctionnement et leurs expériences. Une étude publiée dans le *Global Journal of Flexible Systems Management* nous propose un modèle en trois volets des différentes approches utilisées par les multinationales pour « manager » leurs équipes multiculturelles :

Acculturation:

L'utilisation de manière importante des cadres expatriés avec la mise en place de formations fréquentes aux techniques de management utilisées par le siège.

Intégration :

On part du principe que les deux méthodes sont différentes sans qu'aucune ne soit considérée comme supérieure aux autres. C'est la combinaison des méthodes qui conduit à l'apparition d'une technique hybride la plus efficace.

Laissé-aller:

On laisse une liberté importante à la filiale qui travaille avec plus d'indépendance pour remplir des objectifs fixés par le siège.

Ainsi, le choix d'une de ces stratégies d'entrée dépendra du rapport entre risques et enjeux liés à ce nouveau marché. Généralement les entreprises avancent pas à pas afin de minimiser ce risque en passant à des niveaux d'investissement de plus en plus élevés jusqu'à posséder des structures conséquentes une fois qu'elles ont acquis une connaissance suffisante du marché.

6.3 Des exemples d'accès au marché Brésilien de la santé

6.3.1 Un pays attractif et à fort potentiel

Le Brésil possède le plus grand marché pharmaceutique de l'Amérique latine. Le secteur pharmaceutique brésilien a connu en effet sur ces 5 dernières années une croissance avoisinant les 140%. Cette croissance sans précédent est notamment due à l'apparition d'une classe moyenne ainsi qu'à l'augmentation des revenus d'une large partie de la population. Avec une croissance annuelle moyenne de 17,5% et une population d'environ 200 millions d'habitants, la demande en volume de médicaments se révèle être exponentielle dans ce pays.

Fort de ces données macro-économiques, le Brésil devient en 2011 la 6^{ème} puissance économique mondiale. Les coûts élevés des taxes liées à l'importation de médicament au Brésil ont conduit les entreprises multinationales à investir localement afin de produire à moindre coût tout en commercialisant des médicaments. Le coût de production d'un médicament générique au Brésil est cinq fois moins important que dans un autre pays industrialisé comme les Etats-Unis. Malgré un prix de vente trois fois inférieur à celui pratiqué aux Etats Unis, les « génériqueurs » parviennent tout de même à augmenter leur marge grâce à des coûts de production plus faibles. Outre ces avantages liés au coût de production, le volume et la croissance de la demande du marché brésilien se sont révélés être des éléments non négligeables concernant l'attractivité de ce pays pour les investisseurs.

Le marché pharmaceutique brésilien est à ce jour encore très concentré, caractéristique d'un marché oligopolistique. Pour preuve, quatre groupes se partagent 60% du marché. Plusieurs facteurs peuvent expliquer une telle concentration. Tout d'abord une très forte concurrence entre les entreprises présentes sur ce marché, qui favorise l'augmentation des fusions/acquisitions afin d'augmenter la taille et le pouvoir des entreprises. Elles parviennent ainsi à réaliser des économies d'échelle supplémentaires. L'existence de fortes barrières à l'entrée dans le milieu pharmaceutique renforce par ailleurs ce phénomène de concentration du secteur.

6.3.2 Stratégies de pénétration du marché brésilien.

Les exemples qui témoignent de ce phénomène de concentration sur le marché brésilien sont multiples. La concentration des groupes pharmaceutiques ne cesse de se développer via les acquisitions de grands groupes. Selon les données publiées par IMS en 2009, les Big Pharmas voient dans ces pays émergents de véritables relais de croissance alors que leurs activités dans les pays industrialisés stagnent entre 2008 et 2013 avec une évolution estimée à moins 4% pour les pays de la vieille Europe. Le dernier exemple en date remonte à 2010, année durant laquelle le groupe allemand Celesio, un des leaders européens de la distribution spécialisé dans le secteur pharmaceutique, a racheté le groupe brésilien Oncoprod spécialisé dans les marchés hospitaliers. Cette acquisition du géant allemand succède à celle opérée quelques mois auparavant avec le rachat de Panarello. Ces deux acquisitions ont permis au groupe de renforcer sa position sur le marché brésilien en devenant numéro un de la distribution locale tout en réduisant les possibilités d'accès au marché aux nouveaux entrants.

Le marché brésilien a attiré également les investissements d'un des grands acteurs des Big Pharmas, Sanofi Aventis. Le groupe français a effectué en 2009 une double acquisition en Amérique Latine avec le rachat du groupe mexicain Kendrick ainsi que l'acquisition du leader brésilien du générique Medley. Le rachat du quatrième groupe pharmaceutique brésilien a permis à Sanofi Aventis de consolider son implantation au Brésil en se diversifiant sur le marché très porteur

du générique. Désormais le groupe produit et commercialise ses génériques au Brésil. Les avantages d'un tel rachat sont multiples. Tout d'abord, l'acquisition de Medley permet à Sanofi Aventis d'accéder non seulement au marché brésilien mais aussi à l'ensemble des marchés limitrophes. En effet, posséder une base de production et de développement pharmaceutique au Brésil lui ouvre les portes du marché latino-américain avec une plateforme pour commercialiser ses produits à travers le continent. Enfin, posséder le numéro un du générique lui permet d'augmenter considérablement son portefeuille de produits tout en acquérant plus de pouvoir de négociation auprès des distributeurs locaux.

Le mode de croissance externe choisi par Sanofi Aventis, l'acquisition par prise de participation majoritaire, afin de pénétrer le marché brésilien, possède de nombreux avantages. Sanofi Aventis perd depuis plusieurs années beaucoup de ses brevets et se devait de réagir afin de maintenir sa croissance. Acquérir le groupe brésilien Medley, spécialisé dans le générique, lui a ainsi permis de faire d'une pierre deux coups. Tout d'abord, l'acquisition, lui a ouvert rapidement les portes du marché brésilien du générique en évitant toutes les barrières à l'entrée existantes. Enfin, le développement de cette activité en forte croissance lui permet de compenser en partie la baisse des ventes liée à la perte de ses brevets.

Cette stratégie de pénétration du marché brésilien c'est révélée être fructueuse pour Sanofi qui a atteint une croissance frôlant les 20% sur le marché latino-américain. L'activité du groupe en Amérique Latine pèse pour plus de 25% dans son chiffre d'affaire global.

Conclusion

L'amélioration du pouvoir d'achat et des modes de vie permettent une évolution dans l'accès au soin et aux traitements dans les pays émergents comme le Brésil. L'impact économique sur le secteur est conséquent et on constate une croissance du marché de plus de 17% chaque année, faisant de ce pays un relais de croissance de choix pour les laboratoires internationaux, dont la croissance est impactée par la stagnation des marchés matures, comme ceux d'Europe et des Etats-Unis.

La Brésil a vu sa classe moyenne augmenter de plus de 10 millions de personnes entre 2003 et 2009, ces chiffres sont encourageant mais il est important de pouvoir les nuancer avec ceux qui montre le chemin restant à parcourir. Aujourd'hui les 39% les plus pauvres n'ont accès qu'à 5% des médicaments consommés dans le pays. Les autorités publiques n'ont pas encore réussi à créer de synergie entre leurs trois niveaux de gouvernance, pour pouvoir proposer une offre adaptée. Cette situation favorise le développement du secteur privé dont elles deviennent dépendante en terme de structure, de ressource et de personnel formé.

L'incapacité du gouvernement à proposer une prise en charge adapté, conduit les 25% qui en ont les moyens à souscrire à des assurances privés, qui elles même signent des accords avec les hôpitaux pour garantir la prise en charge de leur patient. Le secteur de la santé est donc parfaitement élitiste en donnant toujours la priorité au plus offrant pour ce qui est de la prise en charge des patients.

Malgré les efforts accomplis le Brésil est encore loin de pouvoir consolider la fracture sanitaire qui existe entre « ces populations ». La croissance économique permettra surement d'intégrer plus de citoyens au rang de ceux qui peuvent payer leur santé de leur poche. On se posera néanmoins la question de la pérennité et de l'efficacité de ce type de modèle ultralibéral déjà rencontré au nord du continent.

Bibliographie

- **A.Ouédraogo**, Thèse pour l'obtention d'un PhD en Management, Alliances stratégiques dans les pays en développement, management et conditions de performance : une étude d'entreprises camerounaises et burkinabé, Montréal, HEC Montréal, 2003, 1 volume 303 pages
- **ABIQUIFI – 2009** (Associação Brasileira da Indústria Farmoquímica)
- **ABRAFARMA**: (Associação Brasileira de Farmácias e Drogarias – 2012)
- **Almeida - 2010** - Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégia de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cadernos de saude publica
- **ANVISA website** (Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria)
- **Axelova E, 2007**, « Existe-t-il un comportement spécifique aux consommateurs des pays émergents ? » Le cas de la Bulgarie, CAIRNS
- **Barney J - 1991** - Firm Resources and Sustained Competitive Advantage - Journal of Management, 17, 99-120.
- **Bhaumik, Estrin, Meyer, Peng 2008** – Institutions, resources and entry strategies in emerging economies
- **Cetelem/IPSOS: Observador Brasil 2012**
- **Chauvel - 1998** - « Fluidité et espace social : mobilité intergénérationnelle nette, distance sociale des PCS (Professions et catégories socioprofessionnelles) et multidimensionnalité des hiérarchies », Cahier de l'Observatoire sociologique du changement, 22,
- **CIA 2012** – Central Intelligence Agency – <https://www.cia.gov/index.html>
- **Conselhos Regionais da Farmácia** - Relatório de Atividade Fiscais - 2012
- **CREDOC** - Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie Cahiers de Recherche - La classe moyenne en Europe - 2011

- **Draibe S, Viana A, Silva P** - 1989 - Desenvolvimento de políticas de saúde nos Anos 80: O caso do Brasil - Nepp - Unicamp - Opas - 1
- **Dussauge, 1990**; Noël et Zhang, 1992; Jorde et Teece, 1989; Yoshino et Rangan, 1995
- **Ernst&Young 2011** - Transacting in emerging markets Critical success factors for consumer products companies
- **FecomercioFP 2012** - A Evolução da classe média e o seu impacto no varejo
- **Gomez C, Carmo M, Lima M - 2011** - Saúde no Brasil a série The Lancet - Fiocruz
- **Hartz Z, Contandriopoulos A - 2004** - Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros
- <https://www.panpharma.com.br/content/company/>
- **IBGE – 2010** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<http://www.ibge.gov.br/>
- **IBGE - CENSO 2010** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- **IBGE: Pesquisa de Orcamentos Familiares 2003 – 2009** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- **IBOPE – 2012** - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
- **ICTQ 2013** - Instituto de Ciências, Tecnologia e Qualidade industrial
- **IMS News Flash – 09/2013**
- **IMS - Brasil - 2012**– Distribuição e Varejo
- **IMS 2012** - Comercial perfil – 2012
- **IMS 2012** - Perspectivas do Mercado Farmacêutico Global, América Latina & Brasil
- **Ingral P, Silvermann B - 2002 - P 1-30** – The New Institutionalism in Strategic
- **Interfarma 2012** - Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

- **IPC Marketing 2011** - <http://www.ipcbr.com/12/>
- **K. Almezayen, 2012** - Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Pharmacie, Quelle stratégie faut-il adopter pour créer une « alliance » de CROs (Contract Research Organization) spécialisées, de petite et moyenne taille, en Midi-Pyrénées qui sera attractive à l'échelle régionale, nationale et internationale, et quels sont les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir ? 1 volume 102 pages
- **Lei No. 12.349/2010** – which amends the bidding law Lei de Licitação No 8.666/93
- **Meyer K, Peng M – 2005** – Probing into central and Eastern Europe: transactions, resources, and institutions - Journal of International Business Studies
- **Ministério da saúde** – Governo Federal do Brasil
- **OCDE: Panorama Santé 2011**
- **PMB MAT Junho 2012**; PPP = Pharmacy Purchase Price
- **PNUD 2010: Fighting Corruption to Improve Governance, Transparency International, Corruption Perceptions Index 2010, 2010**
- **Podcast France Culture 2013** : Culture Monde- Les nouvelles classes moyennes
- **Progenericos 2011** - <http://www.progenericos.org.br/>
- **PwC, 2006**, From São Paulo to Shanghai - New consumer dynamics: the impact on modern retailing.
- **R. Barros, R. Henriques, R. Mendonça - 2001** « A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil »
- **Sindusfarma** - Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo
- **Singer P, Campos O - 1978** - Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Forense Universitaria
- **Pharmerging Future** - The Business Magazine of Pharma – July 2009, Vol 29, Num 7

- **Transparency International** - Corruption perception index 2010
- **UNODC - 2011** - United Nation Office on Drugs and Crims – Global study on homicides -
- **World Health Organisation– 2011** - Review Series on Pharmaceutical Pricing Policies and Interventions
- **Wright R.W. & Russel C.S.- 1975** - Joint venture in developing countries, realities and responses
- **World Bank** - www.worldbank.org/
- **www.statistiques-mondiales.com**

Summary :

The main purpose of this thesis is to propose an overview of Brazilian Health Care. Researches had been made with the willingness to share a socio-economical approach of this emerging market. The description of Health system and industrial players will allow us the understand health outcomes in the country. We will finally go through the différent market accès strategies used by companies to enter emerging market.

Key Words :

Health-care, Emerging Country, Pharmaceuticals, Middle Class, Brazil, Distribution channels, Counterfeit medicines, Market Access

La santé au Brésil:

Vision d'un marché émergent entre évolution sociale et système de soin

Résumé :

Cette thèse a pour objet de proposer une vision globale de la sante au Brésil. Les recherches ont été faites avec la volonté de partager une approche socio-économique de ce marche en pleine émergence. La description du réseau de soin et la présentation des acteurs de l'industrie pharmaceutique, nous permettra de mieux comprendre les enjeux de la sante dans ce pays. Nous présenterons finalement les différentes stratégies appliquées par les laboratoires pharmaceutiques pour accéder aux marchés émergents.

Liste de mots clés :

Système de soins, Pays émergents, Médicament, Classe Moyenne, Brésil, Circuits de distribution, Faux médicaments, Accès au marché

Auteur : Mathieu Gayrard

Directeur de thèse : Pr Cussac Daniel

Faculté des sciences pharmaceutiques de Toulouse