

le rôle de la satisfaction au travail dans l'amélioration de l'impact de la gestion de la qualité sur la qualité du service de santé En utilisant l'analyse de chemin (Etude de cas)

Dr. Djemaa Tayeb

Maitre de conference B

University of Batna-1-, Algeria

Résumé:

Cette étude vise à mesurer l'impact de la satisfaction au travail en tant qu'une variable intermédiaire dans la relation entre la gestion de la qualité totale et la qualité du service de santé aux hôpitaux publics de Batna. Selon les résultats de l'analyse, il y a un impact à signification statistique du TQM à la fois sur la qualité du service fourni et la satisfaction au travail d'une manière directe, ainsi que l'existence d'un impact statistiquement significatif entre la satisfaction au travail et la qualité du service fourni d'une manière directe. Les résultats ont montré l'existence d'un impact statistiquement significatif de la gestion de la qualité sur la qualité du service fourni à travers la satisfaction au travail en tant qu'une variable intermédiaire au niveau de signification 0.05.

Mots-clés: gestion de la qualité totale, qualité du service de santé, satisfaction au travail.

Abstract:

This study aims to measure the impact of job satisfaction as a mediator variable in the relation between total quality management and quality of health services provided by Some public hospitals in Batna. According of analysis Results of this study, there is a statistically significant effect of TQM on quality of health services and job satisfaction directly. As well as having a statistically significant effect between job satisfaction and quality of service directly. The results also showed the presence of a statistically significant effect of total quality management on the quality of health services provided through the job satisfaction as a mediator variable at significance level of 0.05.

Key words: TQM, Job Satisfaction, Quality Health Service

Introduction

Le sujet de la qualité reçoit plus d'attention et de particularité par les établissements de santé, le fait que la santé est l'une des priorités touchant directement la vie des individus et des communautés. Il ne fait aucun doute que l'amélioration de la qualité du service fourni par ces établissements sera aussi bénéfique pour l'individu que pour la société. Aujourd'hui, le concept de qualité dépasse l'idée de produire un bien ou un service meilleur que ce qui est disponible, et se prolonge à la nécessité d'atteindre la satisfaction de la clientèle pour le bien ou le service fourni. Cet élargissement du concept a fait de la qualité une question administrative jouissant de la globalité et de la coordination à plusieurs niveaux. L'individu assume une grande partie de la responsabilité pour atteindre ce concept dans l'établissement indépendamment de son emplacement et de la nature de son travail car les ressources humaines sont l'essence du TQM. L'application du TQM dans les établissements de santé comprend l'identification des aspects de la perte dans le temps, l'énergie mentale et physique, et elle est aussi le meilleur des systèmes qui accordent des prérogatives aux travailleurs, les incitent à la participation et à l'amélioration continue, et les motivent à réussir dans la fourniture des services de qualité pour répondre aux besoins et désires de la clientèle. La réalisation de cet objectif dépend principalement de l'efficacité de la performance des fonctions et obligations par les individus travailleurs ; laquelle est grandement affectée par le niveau de la satisfaction au travail ou à la fonction, car il est très normal que la performance d'un individu satisfait dans son travail diffère d'un autre individu qui ne sent pas que l'Organisation dans laquelle il travaille se préoccupe de son état de satisfaction et de ses exigences.

L'élément humain travaillant dans le secteur de santé couvre de différentes catégories en fonction de leurs caractéristiques et rôles dans la prestation de service de santé, car il comprend les médecins, les infirmiers et les fonctionnaires, ce qui enjoint la responsabilité des établissements de santé de penser sérieusement pour guider cet élément de manière à atteindre l'efficacité et l'efficience. La satisfaction au travail est le principal moteur de motivation pour les individus afin d'effectuer le travail au sérieux, ce qui augmente les opportunités d'avancement et de progrès dans le travail, car l'attention et la concentration sur la performance de chaque fonctionnaire est le moyen d'améliorer la qualité du service fourni.

Problématique de l'étude :

De ce qui précède, nous pouvons mettre en évidence la problématique de l'étude comme suit :

Comment la satisfaction au travail, en tant qu'un facteur modificateur, participe-t-elle à améliorer l'impact du TQM sur la qualité du service de santé fourni de Certains hôpitaux publics à Batna?

Cette question implique d'autres sous-questions, à savoir :

- Est-ce que le TQM affecte la qualité du service de santé fourni?
- Est-ce que le TQM affecte la satisfaction au travail des travailleurs?
- Est-ce que la satisfaction au travail des travailleurs affecte la qualité du service de santé fourni?
- Est-ce que la satisfaction au travail modifie l'impact du TQM sur la qualité du service de santé fourni?

Hypothèses de l'étude:

Les hypothèses principales de l'étude sont les suivantes:

- **La première hypothèse:** Il y a un impact significatif direct du TQM sur la qualité du service de santé.
- **La deuxième hypothèse:** Il y a un impact significatif direct du TQM sur la satisfaction au travail.
- **La troisième hypothèse:** Il y a un impact significatif direct de la satisfaction au travail sur la qualité du service de santé.
- **Quatrième hypothèse:** Il y a un impact significatif du TQM sur la qualité du service de santé à travers la satisfaction au travail en tant qu'une variable intermédiaire.

I. cadre théorique de l'étude

1. Contexte théorique de la TQM dans les établissements de santé

1.1 Concept du TQM dans les établissements de santé

le TQM dans les établissements de santé est défini comme la stratégie holistique par laquelle l'établissement vise à obtenir des changements dans les caractéristiques et les qualités qui permettent à tous les individus professionnels (médecins, infirmiers, techniciens et patients) d'apprendre à utiliser les méthodes et les moyens de la qualité d'une manière permettant d'atteindre l'épargne de coûts, en plus de répondre aux exigences des

patients et de la clientèle qui demandent les soins de santé ¹. En conséquence, cette définition considère le TQM comme contribuer à la structure des stratégies de focalisation sur le patient et l'application des programmes de la planification efficace, en plus de la mise en œuvre des programmes de la formation nécessaire pour l'ensemble du personnel dans les systèmes de soin de santé.

Considérant que l'exhaustivité du TQM s'étend pour inclure le facteur temps et la continuité, il est défini comme un processus subjectif total séquentiel sert à assurer l'amélioration continue de la qualité des services en proportion de la nécessité de chaque citoyen et la facilité de l'obtenir ². Aussi, il est défini comme une grande et large philosophie dans la façon de faire de différents groupes de personnes se réunir afin d'atteindre un but commun leur permettant de comprendre la nature et l'importance des services rendus, et de mettre leurs capacités et habiletés pour atteindre l'amélioration continue. Pour cela, on appelle le TQM la connaissance approfondie ou la connaissance de l'amélioration³.

1.2 Principes et piliers du TQM dans les établissements de santé

Quand il est nécessaire pour l'administration de l'établissement de santé d'utiliser la méthode du TQM, il doit prendre soin des piliers suivants: ⁴

- Les forces humaines: les compétences et les habiletés humaines médicales, infirmières et même administratives sont parmi les bases qui permettent d'atteindre les objectifs de l'établissement, ce qui rend ce dernier mettre en compte l'entraînement, la motivation et le développement de ses cadres pour fournir d'excellents services médicaux;
- La participation et la motivation: en encourageant la créativité et le développement et en inspirant l'esprit de partenariat entre le personnel afin de travailler en équipe;
- L'information et la rétroaction: la mise à disposition de normes, de spécifications et d'informations est un élément important dans la réalisation des objectifs. L'exactitude et la précision d'informations aident à prendre des décisions intactes;
- L'amélioration continue: l'amélioration continue exige de suivre les développements scientifiques et technologiques; Wapt a montré les composants et l'amélioration continue par la modélisation, la

documentation de procédure et l'identification d'activités nécessitant l'amélioration.

- L'engagement de la haute direction du TQM: l'engagement de la haute direction constitue à renforcer la culture de la qualité, à développer les capacités et les compétences du personnel et à fournir une vision stratégique et des politiques constantes et claires de l'établissement ;

- Le climat organisationnel: aménager l'établissement afin d'utiliser la méthode du TQM et la considérer comme une culture organisationnelle où cette culture est répandue parmi les travailleurs, les patients et les consultants.

- La concentration sur la clientèle: le terme « client » inclut, dans le TQM la clientèle interne et externe à la fois. On s'entend par « client externe » l'individu autour duquel toutes les activités et les efforts sont entourés afin de satisfaire ses désirs, et le stimuler à acquérir un produit. « Le client interne » représente le personnel travaillant dans les différentes unités organisationnelles de l'établissement. L'Organisation Britannique de la Qualité a plus globalement indiqué la clientèle, par la définir comme les investisseurs, les fonctionnaires, les parties prenantes, les fournisseurs, la communauté dans son ensemble et toute personne qui a une certaine relation avec l'établissement.

2. Cadre théorique sur la qualité des services de santé

2.1 Concept de la qualité des services de santé:

Le concept de la qualité du service de santé est l'un des concepts vagues et difficiles à définir et à mesurer précisément. Il n'y a pas un accord général entre les personnes intéressées à ce sujet sur une définition standard, uniforme et acceptable ; chacune d'eux se penche sur le concept d'un certain angle et le traite en se concentrant sur des points différents des autres personnes⁵. La qualité des services de santé du point de vue médical et professionnel est de fournir les meilleurs services en fonction des derniers développements scientifiques et professionnels sous le contrôle de la déontologie de la profession, sa qualité et la nature des services de santé fournis. Du point de vue administratif, elle signifie la façon d'utiliser les ressources disponibles et la capacité d'attirer plus de ressources pour

répondre aux exigences et fournir un excellent service. Du point de vue du patient, plus important, la qualité des services de santé signifie la façon de l'obtenir et le résultat final⁶.

La définition de la Commission Américaine Mixte sur l'Accréditation des Organismes de Soins de Santé décrit la qualité comme un «degré d'engagement des normes généralement connues pour déterminer un bon niveau de pratique et savoir les résultats prévus de service, procédure, diagnostic ou traitement d'un problème médical spécifique»⁷. Il ressort de cette définition que la qualité est déterminée sur la base du respect des normes professionnelles, et elle est rétrospectivement mesurée à l'aide de critères prédéfinies.

2.2 Dimensions (indices) de la qualité des services de santé

- **La fiabilité:** Lovelock explique que la fiabilité se réfère à la capacité du fournisseur de services de remplir et de s'engager de la prestation de services avec fiabilité, précision et stabilité⁸. El-Bakri a démontré que la fiabilité dans le service de santé signifie la capacité de performance dans la réalisation de ce qui a été déjà déterminé d'une manière précise; cette dimension représente (32%) comme une importance relative de la qualité par rapport aux autres dimensions⁹.
- **La réponse:** Lovelock estime que la réponse signifie la capacité du fournisseur de services et la rapidité de sa réponse pour satisfaire les demandes et questions des bénéficiaires¹⁰. El-Bakri a souligné que la réponse signifie l'aide réelle dans la fourniture de services au bénéficiaire (patient), et que cette dimension représente (22%) comme une importance relative de la qualité par rapport aux autres dimensions¹¹.
- **La sécurité:** Mahmoud et El-Alleq ont souligné que cette dimension est l'engagement et qu'il signifie les informations des prestataires de service, leur civilité et capacité à inspirer la confiance et la certitude¹². El-Bakri l'appelle la confirmation, par laquelle il signifie les caractéristiques des travailleurs à savoir : la connaissance, la capacité et la confiance dans la prestation de service. Cette dimension représente (19%) comme une importance relative de la qualité par rapport aux autres dimensions¹³.

- **L'empathie:** Parasuraman et al. voient que la dimension de l'empathie comprend les variables suivantes: l'attention personnelle des travailleurs de l'hôpital aux bénéficiaires, la compréhension de besoins des bénéficiaires par le personnel de l'Organisation, la pertinence des heures de travail de l'Organisation pour répondre à tous les bénéficiaires, le souci de l'Organisation sur le meilleur intérêt des bénéficiaires¹⁴.
- **La tangibilité :** Zeithmal et Britner mentionnent que les aspects relatifs à la tangibilité du service sont : les bâtiments, la technologie de l'information et de la communication utilisée, les facilités intérieures des bâtiments, les équipements nécessaires pour la prestation de service, l'apparence extérieure des travailleurs, les dispositions internes de l'Organisation de santé, et les sites d'attente pour le bénéficiaire du service.¹⁵

3. Cadre théorique sur la satisfaction au travail

3.1. Concept de la satisfaction au travail:

Les chercheurs ont différé dans la définition du concept de la satisfaction au travail comme «un sentiment psychologique de conviction, de satisfaction et de bonheur pour satisfaire les désirs, les besoins et les attentes avec le travail en lui-même, le contenu de l'environnement du travail, la confiance, la loyauté et l'appartenance au travail, ainsi qu'avec les autres facteurs et indices connexes¹⁶." La satisfaction au travail est l'état psychologique ou émotionnel joyeux qu'atteint le fonctionnaire, à un certain degré de saturation, suite à son exposition à une série de facteurs psychologiques, sociaux, professionnels et matériels¹⁷.

La satisfaction au travail est également définie comme le sens de l'individu de bonheur et de confortement dans l'exécution de son travail. Cela est réalisé en compatibilité avec ce que l'individu attend de son travail et combien il obtient réellement à cet égard¹⁸.

Dans le domaine des ressources humaines, la satisfaction au travail est un terme essentiel dans la compréhension de tendances et d'attitudes au travail. Généralement, la satisfaction au travail est étudiée comme une variable explicative de: l'efficacité organisationnelle, la performance, les grèves, la résistance au changement. En revanche, des résultats d'études récentes dans le domaine du marketing confirment que la satisfaction au

travail des travailleurs de façade a un impact positif sur la qualité du service perçu et sur la satisfaction du client.

3.2. Les modèles de mesure de la satisfaction au travail

La connaissance de tendances des individus face au travail n'est pas un processus facile, car il est difficile de connaître la vérité de ces tendances avec précision à travers l'observation et la déduction précise par le comportement de l'individu ; la mesure de la satisfaction au travail largement dépend sur ce que l'individu déclare, et le plus souvent, il ne divulgue pas ou ne peut pas sincèrement divulguer ce qui est dans son cœur. On peut limiter les procédés utilisés actuellement dans les deux suivants :¹⁹

♦ **Les échelles objectives**: la tendance et la satisfaction des travailleurs peuvent être mesurées à travers l'utilisation de certaines méthodes tel que: l'absence, le taux de démission ou d'abandon de travail, taux d'accidents de travail, ainsi que le taux de plaintes et le niveau de production de fonctionnaire.

♦ **Les échelles subjectives** : elles dépendent de la collecte d'informations auprès des travailleurs en utilisant des moyens spécifiques tel que: la conception d'un formulaire d'enquête, ou en utilisant la méthode d'entretiens personnels effectués par les chercheurs avec les travailleurs de l'Organisation. Les chercheurs et les théoriciens en comportement organisationnel ont fait de grands efforts afin de développer certaines échelles pour qu'elles soient plus valides et constants, à savoir :²⁰

a) **Les échelles monotones et les questionnaires aux échelles codifiées**: elles sont parmi les méthodes les plus utilisées pour mesurer la satisfaction au travail en utilisant les listes d'enquête ; les échelles utilisées les plus importantes sont:

- **Job Descriptive Index (JDI)** : elle mesure les taux de satisfaction en cinq aspects différents du travail : le travail en lui-même, le salaire, la promotion, la supervision et les collègues. Dans chaque dimension il y a une liste avec des mots ou de phrases courtes où le travailleur ou le fonctionnaire doit déterminer si la mention décrit la fonction ou non en

utilisant des réponses d'une sorte de confirmation, d'infirmité ou de manque de connaissance.

- **Minnesota satisfaction questionnaire (MSQ)** : est une échelle couramment utilisée où l'individu exprime l'ampleur de sa satisfaction ou insatisfaction sur certains aspects du travail tel que : le salaire, la promotion et l'efficacité de la supervision. L'échelle d'évaluation va de très satisfait à très insatisfait. Cette échelle comprend une série d'éléments, notamment: l'utilisation de compétences, les réalisations personnelles, l'activité au travail, les opportunités d'avancement au sein de l'entreprise...²¹.

b) La méthode d'incidents critiques: est une méthode connue par la méthode d'histoire de Herzberg, par laquelle la satisfaction au travail chez les individus est mesurée et évaluée, où les individus sont invités à décrire certains incidents liés à leur travail, et qui ont réalisé leur satisfaction ou insatisfaction, puis les réponses sont testées et vérifiées afin de découvrir les facteurs ou les causes de satisfaction ou d'insatisfaction.

c) Les entretiens personnels: ils comprennent les rencontres avec les individus en personne, face-à-face, où l'individu peut divulguer certaines des choses et des attitudes qui ne peuvent être obtenues à partir des questionnaires, et donc les causes de satisfaction ou d'insatisfaction des travailleurs sont identifiées.²²

II. Méthodes

1. Communauté et échantillon de l'étude:

La communauté totale de la présente étude consiste aux travailleurs (infirmiers, médecins, administrateurs et travailleurs) de Certains hôpitaux publics à Batna. Un échantillon aléatoire des membres de la communauté a été ciblé. 354 formulaires ont été distribués ; après avoir déchargé tous les questionnaires, 34 ont été exclus parce qu'ils sont invalides en raison du manque d'informations, ou pour abstinence de répondre par d'autres personnes pour que le nombre de questionnaires valides pour l'analyse soit 320 formulaires, et l'échantillon représente donc 90,39% du total des formulaires distribués.

2. Outil de l'étude et moyens de collecte de données:

On a tablé, pour la collecte de données et informations de l'étude de terrain, sur les sources initiales consistant à concevoir et développer un questionnaire basé sur la littérature théorique sur le sujet afin d'obtenir les données de la part des individus de la communauté de l'étude. Ce questionnaire se compose de 16 expressions couvrant les principes du TQM dont quatre principes de base ont été sélectionnés en rapport avec les objectifs de l'étude, 12 expressions couvrant les déterminants de la satisfaction au travail ; ces dimensions ont été choisies selon le modèle Minnesota, et 20 expressions couvrant les cinq dimensions de la qualité des services de santé.

3. Outils de l'analyse statistique :

Les données ont été traitées aux fins de tester le modèle et les hypothèses de l'étude en utilisant le logiciel SPSS et les méthodes statistiques descriptives, en plus de l'utilisation du coefficient de corrélation, l'analyse de variance (ANOVA) et la régression simple pour tester les trois premières hypothèses. L'analyse de chemin a été utilisée par le logiciel AMOS pour tester la quatrième hypothèse.

4. Validité et constance de l'outil de l'étude :

Le formulaire de questionnaire a été adopté comme une source majeure de collecte de données, où l'échelle de Likert à cinq niveaux a été choisie. L'outil a été présenté à quelques arbitres spécialistes expérimentés qui ont exprimé leurs avis et propositions sur la base de lesquels l'outil a été installé sur son statut final qui a été distribué à l'échantillon étudié. La cohérence interne du questionnaire a été également calculée à travers le calcul de coefficients de corrélation entre chaque paragraphe des axes du questionnaire et le degré total de l'axe en lui-même. Il s'est avéré que les coefficients de corrélation sont significatifs au niveau de signification $\alpha=0.05$. En conséquence, chaque axe est valide pour ce qu'il vise. La validité structurelle a été utilisée pour mesurer l'ampleur de la réalisation des objectifs que l'outil veut atteindre, et il s'est avéré que tous les coefficients de corrélation dans tous les axes du questionnaire sont statistiquement significatifs au niveau de signification $\alpha=0.05$. En conséquence, tous les axes du questionnaire sont valides pour ce qu'ils visent à mesurer. Le coefficient alpha de Cronbach a été utilisé pour mesurer la constance de l'outil de mesure, où sa valeur s'élève à 85%, En

conséquence, les résultats d'analyse figurant sur ce formulaire sont acceptés.

III. Résultats et discussion

1. Test d'hypothèses

1.1. Test de la première hypothèse

Afin de tester la première hypothèse, nous avons besoin de mettre deux hypothèses ; une hypothèse nulle et une autre alternative, vu que l'hypothèse nulle peut être incorrecte, ce qui nécessite de mettre une autre alternative.

- H_0 : il n'y a pas d'impact significatif direct du TQM sur la qualité du service de santé.

- H_1 : Il y a un impact significatif direct du TQM sur la qualité du service de santé.

Avant d'identifier l'impact significatif direct, il faut d'abord analyser la corrélation entre le TQM et ses principes, et la qualité des services de santé. Il est observé dans le tableau (05) qu'il y a une corrélation positive et significative entre les dimensions du TQM et la qualité des services d'une valeur de (0.69) et qu'elle est significative. Il ressort également que le coefficient de corrélation entre l'indice de l'amélioration continue est venu au premier rang d'une valeur de (0.70), puis l'indice de la participation des travailleurs d'une valeur de (0.60), suivi de l'indice de la concentration sur la clientèle d'une valeur de (0.50), et dernièrement l'indice de l'engagement de la haute direction avec un coefficient de corrélation d'une valeur de (0.46).

Afin de tester la capacité du modèle à l'explication, le coefficient de corrélation (R) et le coefficient de détermination (R^2) ont été utilisés. La signification de ces résultats a été testée en utilisant l'analyse de variation ANOVA selon le tableau (06), Il est noté que la valeur du coefficient de détermination (R^2) est (0.48), ce qui signifie que les variables indépendantes expliquent ensemble un taux de 48% de la variance de la variable dépendante (qualité du service) et que le reste revient à d'autres facteurs non étudiés. Afin de tester la signification de ce résultat, nous trouvons que la valeur du F s'élève à (109.13) et qu'elle est significative parce que la valeur de α s'élève à (0.000), c'est-à-dire moins de 0.05, ce qui confirme la signification de la corrélation positive entre le TQM et la qualité du service fourni.

Afin de déterminer la relation d'impact, le test T a été adopté pour tester la signification de cet impact ; le tableau (06) montre que la valeur du coefficient de régression pour le TQM s'élève à (0.819) , que la valeur de T correspondante à celle-ci est (10.44) et qu'elle est statistiquement significative vu que la valeur du niveau calculé de signification (SIG) a atteint (0.000) qui est inférieure à la valeur du niveau de signification (0.05). Par conséquent, nous rejetons l'hypothèse principale nulle et acceptons l'hypothèse alternative basée sur l'existence d'impact statistiquement significatif du TQM sur la qualité du service de santé.

1.2. Test de la deuxième hypothèse

- H_0 : il n'y a pas d'impact significatif direct du TQM sur la satisfaction au travail.
- H_1 : Il y a un impact significatif direct du TQM sur la satisfaction au travail.

On note du tableau (7) qu'il existe une corrélation positive et significative entre les dimensions du TQM et la satisfaction au travail d'une valeur de (0.65) et qu'elle est significative. Les coefficients de corrélation des indices étaient forts et moyens à l'exception de l'indice de la concentration sur la clientèle dont le coefficient de corrélation était faible (0.39).

Puis, nous testons la capacité du modèle à l'explication. On note du tableau (8) que les variables indépendantes expliquent ensemble 42% de la variance de la variable dépendante (satisfaction au travail), nous trouvons que la valeur du F s'élève à (87.349) et qu'elle est significative, ce qui confirme la signification de la corrélation positive entre le TQM et la satisfaction au travail.

Afin de déterminer la relation d'impact, la valeur du coefficient de régression pour le TQM s'élève à (0.940), la valeur de T correspondante à celle-ci est (9.346) et elle est statistiquement significative. Par conséquent, nous rejetons l'hypothèse principale nulle et acceptons l'hypothèse alternative basée sur l'existence d'impact statistiquement significatif du TQM sur la satisfaction au travail.

2.3. Test de la troisième hypothèse

- H_0 : il n'y a pas d'impact significatif direct de la satisfaction au travail sur la qualité du service de santé.
- H_1 : Il y a un impact significatif direct de la satisfaction au travail sur la qualité du service de santé.

On note du tableau (9) qu'il existe une corrélation positive et significative entre les dimensions de la satisfaction au travail et la qualité du service d'une valeur de (0.704) et qu'elle est significative. Les coefficients de corrélation de ses indices étaient positifs et significatifs en général.

On note du tableau (10) que les variables indépendantes expliquent ensemble 49.5% de la variance de la variable dépendante (qualité du service). Afin de tester la signification de ce résultat, nous trouvons que la valeur de F s'élève à (115.727) et qu'elle est significative, ce qui confirme la signification de la corrélation positive entre la satisfaction au travail et la qualité du service.

Afin de déterminer la relation d'impact, la valeur du coefficient de régression pour la satisfaction au travail s'élève à (0.577), la valeur de T correspondante à celle-ci est (10.75) et elle est statistiquement significative. Par conséquent, nous rejetons l'hypothèse principale nulle et acceptons l'hypothèse principale alternative basée sur l'existence d'impact statistiquement significatif de la satisfaction au travail sur la qualité du service.

1.4. Test de la quatrième hypothèse

- H_0 : Il n'y a pas d'impact significatif du TQM sur la qualité du service de santé à travers la satisfaction au travail en tant qu'une variable intermédiaire au niveau de signification 0.05.

- H_1 : Il y a un impact significatif du TQM sur la qualité du service de santé à travers la satisfaction au travail en tant qu'une variable intermédiaire au niveau de signification 0.05.

Pour tester cette hypothèse on a utilisé l'analyse de chemin à l'aide du logiciel AMOS 20 supporté par le logiciel SPSS20, et pour atteindre cet objectif il faut:

1.4.1. S'assurer de l'adéquation du modèle de l'étude à travers l'analyse factorielle confirmatoire CFA :

L'analyse factorielle confirmatoire (CFA) utilisant le logiciel AMOS vise à l'évaluation expérimentale des structures adoptées, où le facteur confirmatoire dans la modélisation par équation structurelle permet au chercheur de contrôler les indices de chaque dimension. Le tableau (11) offre un groupe d'indices de la validité de l'ajustement pour évaluer le degré d'explication de données observées par le modèle. En comparant toutes les valeurs des indices d'adéquation avec les valeurs proposées à la conformité, la bonne adéquation du modèle de l'étude a été confirmée.

l'adéquation du modèle (Le tableau (11)) indiqué souligne les résultats de la bonne conformité du modèle, pour s'assurer de la validité des estimations d'impacts directs, indirects et totaux dans le modèle, où un ensemble d'indices a été utilisé dont le plus important est le taux entre les valeurs (X^2) et les degrés de liberté (ddl) ; si ce taux est inférieur à 3, il indique l'acceptation du modèle. Mais si il est moins de 2 il indique que le modèle proposé est exactement identique au modèle supposé de données de l'échantillon qui est en notre étude ($x^2/ddl=1.72$). Ainsi que l'indice l'adéquation de la bonté d'ajustement du modèle (GFI=0.90), ce qui donne une indication de l'ampleur de l'adéquation de variance avec l'échantillon de l'étude ; plus qu'il proche du un entier, il indique la bonté de l'adéquation de la qualité, tandis que si la valeur de l'indice de la racine de l'erreur quadratique moyenne d'approximation, l'un des indices de la bonté de conformité, est égale à 0.05 ou moins, elle indique que le modèle est exactement conforme aux données. Et si la valeur est limitée entre 0.05 et 0.08, elle indique que le modèle est largement conforme aux données de l'échantillon, et si sa valeur est supérieure à 0.08, le modèle est rejeté. Dans notre étude, elle est 0.07, tandis que l'indice ajusté de la bonté d'adéquation (AGFI=0.84) est un indice ajusté du (GFI) en prenant en considération le nombre de variables prédictives dans le modèle. L'indice comparatif d'ajustement (FCI = 0.95) est proche du un et cela est une bonne chose, aussi l'indice standard d'adéquation de la qualité (NFI = 0.90) ; à chaque fois qu'il est proche du un c'est une bonne chose.

1.4.2. Modèle structurel et impacts directs, indirects et globaux

Le modèle structurel de l'étude utilisant le logiciel AMOS est montré dans la figure numéro (2), qui souligne les chemins et les résultats de l'analyse d'impacts standards directs entre trois variables à savoir: la variable indépendante (TQM), la variable intermédiaire (satisfaction au travail) et la variable dépendante (qualité du service de santé). On note à travers les flèches unidirectionnelles montrant la relation d'impact direct entre le TQM et la satisfaction au travail d'une valeur de (0.81), et l'impact direct du TQM sur la qualité du service fourni d'une valeur de (0.53), tandis que l'impact direct de la satisfaction au travail sur la qualité du service fourni est (0.42). Le chemin du TQM explique (66%) des différences dans la satisfaction au travail, et explique (82%) environ des différences dans la qualité du service.

Quant aux résultats de l'analyse de chemin et les estimations d'impacts directs, indirects et globaux des variables de l'étude, on peut les déduire sur la base des résultats de l'analyse de chemin à travers le tableau (12).

Les résultats montrent que le seul chemin dans le modèle proposé a un impact total standard réparti à un impact direct et un autre indirect. Ce dernier concerne l'impact du TQM sur la qualité du service fourni à travers la satisfaction au travail en tant qu'une variable intermédiaire. La valeur de l'impact direct du TQM sur la qualité du service fourni est de (0.533), et la valeur de l'impact indirect du TQM sur la qualité du service fourni à travers la satisfaction au travail en tant qu'une variable intermédiaire est de (0.339). Par conséquent, l'impact global du TQM sur la qualité du service fourni est $(0.533+0.339=0.872)$.

Ainsi, nous pouvons expliquer l'impact du TQM sur le niveau de la qualité du service fourni, qui était 87.2%, qu'il a directement affecté l'augmentation du niveau du service fourni par 53,3%, et que sa participation dans l'impact a augmenté à travers la concentration sur la satisfaction au travail pour les travailleurs de 33,9%.

Donc, on a montré le rôle de la satisfaction au travail dans l'augmentation de l'impact du TQM sur la qualité du service de sante. Et en se basant sur ce résultat, nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle et accepter l'hypothèse alternative stipulant qu'il existe un impact statistiquement significatif du TQM sur la qualité du service de sante à travers la satisfaction au travail en tant qu'une variable intermédiaire au niveau de signification 0.05.

Conclusions:

En général, on note qu'il y a, ces derniers temps, un grand intérêt aux variables de l'étude, en particulier entre les universitaires et les praticiens organisationnels. Bien qu'il existe de nombreuses recherches et études sur l'importance du TQM, la qualité du service fourni et la satisfaction au travail, mais peu d'études qui les ont appliquées sur le secteur de santé vu la sensibilité de ce secteur dans notre pays. En outre, il n'a jamais été procédé à la combinaison de ces trois variables dans un seul modèle et à l'étude de la relation entre eux

A partir des résultats obtenus de l'étude, on peut conclure à :

- Que l'évaluation faite par les interrogés du niveau du TQM dans les hopitaux était d'un degré moyen d'approbation, en particulier pour les trois premiers principes (engagement de la haute direction, concentration sur la clientèle et amélioration continue), tandis que la participation des

travailleurs a gagné une approbation faible, ce qui indique que la direction de l'hôpital n'implique pas ses travailleurs dans le dialogue et la prise de décisions.

- L'étude a également souligné que la qualité du service fourni est d'un degré moyen d'approbation pour les interrogés notamment en ce qui concerne les indices d'empathie et tangibilité, tandis que le reste des indices ont gagné une approbation faible (fiabilité, sécurité et réponse), ce qui indique la faiblesse du niveau de la qualité des ressources humaines.

- Pour la satisfaction au travail, les interrogés sont d'accord, en général, d'un degré moyen d'approbation, sur l'avancement, le salaire et les conditions de travail, tandis que les interrogés sont unanimes sur la non approbation de l'efficacité de la supervision, ce qui explique la faiblesse du niveau de la qualité des ressources humaines.

- Sur le niveau macro des variables, on a prouvé qu'il y a une corrélation positive forte entre les trois variables, et que la relation d'impact direct est statistiquement significative pour les trois variables (impact du TQM sur la qualité du service, impact de la satisfaction au travail sur la qualité du service, et impact du TQM sur la satisfaction au travail).

- La relation d'impact indirecte du TQM sur la qualité du service fourni à travers la satisfaction au travail en tant qu'une variable intermédiaire est statistiquement significative.

- La relation d'intermédiation de la variable de la satisfaction au travail a un impact positif; elle renforce et accroît l'impact global du TQM sur la qualité du service fourni au bénéficiaire du service de santé.

Références

1. Abdessettar El-Ali, **Applications dans la gestion de la qualité totale**, Première édition, Dar El Masira d'édition et de distribution, Amman, 2008, PP 300-301.
2. Hanan Moukheiber, **Gestion des hôpitaux**, la création et la publication, Damas, 2010, P. 115.
3. Saâd Ali El-Anzi, **Gestion de la santé**, Dar Yazouri El-Ilmia d'édition, Amman, 2009, P 238.
4. Mamoune Edderarka, **La qualité dans les organisations modernes**, deuxième édition, Dar Safa d'édition et de distribution, Amman, 2002, P 47.

5. Farid Toufik N'sirat, **Gestion des organisations de soins de santé**. Dar Ithra d'édition et de distribution, Amman, 2008, P 83.
6. Abboud Ali Soukari et al, Evaluation de la qualité des services de santé à l'hôpital éducatif de Diwaniya, **Magazine El-Quadisiyah des sciences administratives et sociales**, Vol 11, N° 3, 2009, P 5.
7. Abdelaziz Moukhaimar, Mohammed Taamna, Tendances récentes en matière de la gestion des hôpitaux (concepts et applications), **Organisation arabe pour le développement administratif**, Égypte, 2003, P187.
8. Lovelock .Christopher. **Service Marketing**, 3rd ed, prentice- Hall, international Edition, New York, 1996, p 465.
9. Tamer Yasser El-Bakri, **Marketing des services de santé**, Dar El-Yazouri, Amman, 2005, PP 212-231.
10. Lovelock .C, op.cit.,p.456.
11. El-Bakri, Op.cit, PP 212-231
12. Ahmed Mahmoud, Bachir El-Alleq, Relation logique entre la qualité de service par la perception et la satisfaction du bénéficiaire (étude analytique), **Magazine Irbid de recherches et études**, Vol3, N° 2, 2001, P 42.
13. El-Bakri, Op.cit, PP 212-231.
14. Parasuraman A, Zeithmal, Valarie A, & Berry Leonard, SERVQUAL: A multiple-Item Scale Measuring- Customer Perception of Service Quality, **Journal of Retailing**, 1988, Vol 64, No 1, pp12-14.
15. Zeithmal Valarie A, & Britner. M, **service marketing integrating Customer, Focus across the Firm**, McGraw-Hill, International Edition, New York, 2003, pp 28-31.
16. Flimban, Inès Nawawi, **Satisfaction au travail et sa relation avec l'engagement organisationnel chez les superviseurs éducatifs à l'administration de l'éducation et de l'enseignement à la Mecque**, Mémoire de magister, Université de Oum El- Quora, Mecque, 2008, P 9.
17. Echamri, Salem Awad, **Satisfaction au travail chez les travailleurs et son impact sur la performance professionnelle : étude appliquée sur (le secteur industriel aux opérations conjointes d'El-Khafdji)**, Université Roi Abdelaziz, Faculté des sciences économiques et

de l'administration, Département de l'administration des affaires, P 13, dernière visite: 12-11-2013, www.ressrs.info

18. El Falih, Nayef Ben Soulaïman, **Culture organisationnelle et sa relation avec la satisfaction au travail dans les services de sécurité**, Mémoire de Magister, Académie arabe Nayef des sciences de sécurité, Riyad, 2001, P 71.

19. Rawiya Hacene, **Comportement organisationnel contemporain**, Eddar El-Djamiâya, Alexandrie, 2004, P 170.

20. Idem, p 198.

21. cité par Moutte Jolie, La relation personnel en contact-client : une relation donnant-donnant ? : une approche exploratoire, **les 15èmes Journées Internationales d'Études et de Recherches de l'Institut Psychanalyse et Management**, Lyon, 14 et 15 Novembre 2006, PP 05-06

22. Rawiaya Hacene, Op.cit, P. 198

