

**ACCÈS ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ
BUCCO-DENTAIRE PAR LES IMMIGRÉS SÉNÉGALAIS
RÉSIDENT EN LOMBARDIE (ITALIE)**

Auteurs

AÏDARA A.W.¹
AW N.M.²
FAYE D.³
KANE A.W.¹
TOURE B.¹

Services

1- Service d'Odontologie
Conservatrice Endodontie
(OCE)
2- chirurgien - dentiste
3- Service de santé publique
dentaire
Département d'Odontologie
Faculté de Médecine, de Phar-
macie et d'Odontostoma-
tologie
Université Cheikh Anta Diop
de Dakar (Sénégal)

Correspondance

Dr Adjaratou Wakha AÏDARA
Service d'Odontologie Conser-
vatrice Endodontie (OCE)
Département d'Odontologie
Faculté de Médecine, de Phar-
macie et d'Odontostomatologie
Université Cheikh Anta Diop
de Dakar (Sénégal) BP : 25 286
Dakar - Fann
Courriel : wakha.aidara@ucad.
edu.sn / awakha@gmail.com

RÉSUMÉ

Introduction : Les objectifs de cette étude étaient d'analyser les difficultés liées à l'accès aux services bucco-dentaires et d'évaluer les niveaux d'utilisation de ces services par les immigrants sénégalais résidant en Lombardie.

Méthodes : L'étude descriptive transversale a été réalisée d'Avril à Août 2012, avec une fiche d'enquête auto-administrée, auprès de 400 immigrants sénégalais âgés de 17 à 62 ans.

Résultats : 84% de la population ne consulte le dentiste qu'en cas de douleurs et 12,9% renoncent aux soins: coût élevé des prestations, manque de temps et absence de douleur après la 1ère séance.

Conclusion : Les immigrants sont confrontés à des barrières qui entravent l'utilisation des services de santé bucco-dentaire.

Mots-clés : Accès aux soins bucco- dentaire, Utili-
sation service de santé, Immigration, Prise en charge.

SUMMARY

Introduction: The aims of the study were to ana-
lyze the difficulties in access to dental services and to
evaluate the levels of utilization of these services by
Senegalese's immigrants living in Lombardy.

Methods: The cross-sectional descriptive study was
conducted from April to August 2012, with a survey
form on 400 Senegalese's immigrants aged from 17 to
62 years.

Results: 84% of the population consults the dentist
only when they have a pain and 12.9% renounces at
care: cost of care, lack of time and absence of pain after
the first session.

Conclusion: Immigrants are faced at barriers that
obstructing the use of services of oral health.

Keys-words: Accessibility to Oral health care ; health
services uses; Immigration; Care management.

INTRODUCTION

Par le volume des flux migratoires qu'elle a drainé ces dernières années et la place qu'elle occupe dans l'imaginaire de nombreux candidats à l'émigration, la péninsule italienne constitue l'archétype idéal à l'analyse du processus de conquête et de consolidation de ce qu'il convient d'appeler désormais les nouveaux champs migratoires sénégalais [8]. L'Italie est réputée attractive en matière d'immigration par la facilité d'insertion professionnelle surtout dans le commerce ambulante et la tolérance vis-à-vis de l'autre [3]. Ces données l'ont propulsé au rang de premier pays en matière d'immigration occidentale au cours de la dernière décennie. Le facteur décisif dans le choix de la destination italienne est la régularisation périodique des immigrés en situation irrégulière [3]. Dans le panorama national la Lombardie accueille quasiment la majorité des personnes regroupées en Italie [6]. Les étrangers inscrits à l'anagrafe communale sont en croissance continue dépassant en 2011 le seuil du million (soit 83,5% des présents) [6]. La communauté Sénégalaise est la 1^{ère} de l'Afrique occidentale par son nombre d'immigrants en Italie. La plupart vient pour le travail et se concentre dans le bassin industriel de Bergame, Brescia et Milan offrant une main d'œuvre non négligeable. Les récentes réformes politiques en matière de santé visent à protéger la santé des immigrants et des réfugiés. Ainsi, la loi italienne donne le droit à l'étranger en situation irrégulière d'avoir accès aux soins d'urgence [16]. Une fois cette régularisation effectuée, le citoyen étranger se trouve dans une situation légale identique à celle du citoyen italien, lui conférant ainsi les mêmes droits et devoirs que ce dernier sur le plan de la santé [12]. L'inscription au Service National de Santé garantit une assurance sanitaire totale aux mêmes conditions que pour le citoyen italien, et dans tous les secteurs de la santé. Ainsi le nombre de sénégalais qui sont inscrits au service national de santé est de 91.793 selon le rapport de 2011 [6]. Dans un système sanitaire basé

initialement sur le principe de la globalité de l'assistance, le nombre de prestations dentaires offertes par le service sanitaire est relativement faible [6]. La plupart des déterminants de la santé bucco-dentaire n'ont pas encore fait l'objet d'étude au niveau des émigrés sénégalais vivant en Italie. Les travaux réalisés étaient plutôt axés sur l'immigration et la santé générale des immigrants [16]. Les objectifs de cette présente étude étaient de déterminer les caractéristiques sociodémographiques, d'analyser les difficultés liées à l'accès aux services bucco-dentaires et d'évaluer les niveaux d'utilisation de ces services par les immigrants sénégalais résidant en Lombardie plus précisément dans les provinces de Milan, Bergame et Brescia.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée d'Avril à Août 2012 et portant sur les immigrants sénégalais qui résident en Italie dans la région de Lombardie précisément dans les trois provinces de Milan, Bergame et Brescia. La population d'étude a été sélectionnée, sur la base d'un échantillonnage à 2 degrés, à partir des adresses fournies par l'office d'immigration et les services sanitaires nationaux. Quatre cents personnes ont été choisies de façon aléatoire dans 15 communes réparties entre les trois provinces Milan, Bergame, et Brescia. Seuls les sénégalais âgés de plus de 17 ans résidents dans les trois provinces et en possession d'un titre de séjour régulier durant la période de l'étude ont été inclus.

L'enquête était réalisée avec une fiche qui comportait 6 rubriques : la première était relative aux données sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude, durée de séjour, situation professionnelle, type d'habitat et situation matrimoniale). La deuxième était en rapport avec les habitudes de vie, d'hygiène bucco-dentaire et les antécédents médicaux. La troisième rubrique concernait les connaissances en santé bucco-dentaire. La quatrième partie de la fiche se focalisait sur l'accessibilité

aux soins bucco-dentaires qui a été appréciée par une échelle à trois niveaux: très accessible, peu accessible et pas du tout accessible. La cinquième partie était axée sur les besoins et le suivi des traitements entrepris. La dernière rubrique portait sur le degré de satisfaction concernant les soins reçus. Ce degré de satisfaction a été évalué avec une échelle de Likerts à 4 niveaux : Très satisfait, satisfait, peu satisfait et pas du tout satisfait. Cette fiche d'enquête a été au préalable testée sur un échantillon de 10 personnes pour évaluer les problèmes liés à la compréhension de certains items. A l'issue de ce test des réajustements ont été apportés sur certaines questions. Les données collectées ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version IBM Statistics 20. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart type, les variables qualitatives en pourcentage. Les comparaisons entre les variables qualitatives ont été effectuées avec le test de X^2 . Le niveau de significativité a été fixé à $p \leq 0,05$.

RESULTATS

L'analyse des données a finalement porté sur les fiches de 399 sénégalais car une fiche était inexploitable.

Caractéristiques sociodémographiques : Cet échantillon se répartissait en 83,5% d'hommes et 16,5% de femmes soit un sex-ratio de 5,04. La moyenne d'âge était de 39 ans $\pm 9,22$ avec un minimum de 17 ans et un maximum de 62 ans.

La répartition de la population selon le statut matrimonial révélait que 81% étaient mariés, 15,8% célibataires, 2,8% divorcés et 0,5% veufs. La répartition du statut matrimonial selon le sexe montrait que 80,78% des hommes et 81,81% des femmes étaient mariés. Cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,24$). La durée moyenne de séjour était de 12 ans $\pm 6,32$ avec un minimum de 6 mois et un maximum de 27 ans. La durée moyenne de séjour en situation irrégulière était de 2 ans $\pm 2,18$ avec un maximum de 13 ans et 6 mois.

La distribution de l'échantillon selon le niveau d'étude montrait que 37,6 % avaient un niveau secondaire et 11,8% avaient fréquenté l'université. Alors que 28,1 % avaient arrêté leurs études à l'école élémentaire et 22,6% n'ont pas été scolarisés.

L'étude révélait que 35,6% de l'échantillon vivaient avec leur famille en Italie. Ces regroupements familiaux se sont faits après au moins 5 ans de séjour dans le pays.

Seize pour cent (16%) des enquêtés étaient propriétaires de leur logement, le restant (84%) était des locataires. La plupart des propriétaires concernaient les personnes ayant séjourné plus de 10 ans et vivant avec leur famille tandis que les locataires vivaient majoritairement seuls et avec une durée de séjour plus court tournant autour de 5 à 7 ans.

Plus de la moitié des enquêtés (63,2%) avaient un travail rémunéré à la fin du mois.

Les autres travaillaient dans le secteur informel. Parmi les mariés 20,3% avaient un travail salarié pour les deux conjoints avec un revenu moyen compris entre 750 et 1200 euros pour chaque personne.

Concernant les charges au Sénégal 95% ont déclaré envoyer périodiquement de l'argent pour la prise en charge de leur famille résidente au Sénégal.

- Pathologies générales et comportements hygiéno-diététiques

Parmi les enquêtés 86,5% déclaraient ne souffrir d'aucune pathologie générale chronique connue. Cependant 13,5% attestaient souffrir d'une ou de plusieurs pathologies générales dont les plus citées étaient le diabète, l'hypertension artérielle, la gastrite, la sinusite et l'insuffisance rénale.

Concernant les habitudes comportementales, une seule personne a déclaré sa consommation d'alcool, près du quart (24,1%) étaient fumeurs et 76% ne consommait ni tabac, ni alcool. Le sport était régulièrement pratiqué par 52,1%, à raison de 3 fois par semaine.

Par rapport aux habitudes hygiéno-diététiques, 80% ont déclaré avoir l'habitude de grignoter. Plus de la majorité de l'échantillon (68,4%) se brossait les dents deux fois/jour ; 17,8% ne se brossaient qu'une seule fois/jour, 13% le faisaient 3 fois/jour et 0,8% ne se brossaient pas du tout ou le faisaient rarement.

Les moyens d'hygiène les plus utilisés étaient la brosse à dent (68,2%), le bâtonnet frotte-dents ou « soccu » (1,3%) ou la brosse associée aux bâtonnets frotte-dents (28,2%). Le reste (2%) utilisait d'autres moyens non cités.

- Connaissances sur les pathologies bucco-dentaires

Plus de la moitié de la population (61,2%) avaient une connaissance de certaines maladies bucco-dentaires et le reste (38,8%) n'avaient pas de connaissance dans ce domaine. Les pathologies les plus citées sont la carie dentaire, les aphtes, les gingivites et l'halitose.

Les causes probables de la carie dentaire ont cité au moins une fois par 73,2% de la population. Les étiologies les plus citées sont la consommation abusive de sucreries et le manque d'hygiène bucco-dentaire. La connaissance des conséquences ou risques encourus suite à une carie non traitée était comprise par 69,2% de la population. Il a été principalement cité : la destruction coronaire des dents, l'infection dentaire, l'halitose et les douleurs dentaires.

- Accessibilité et utilisation des services de santé bucco-dentaire

En ce qui concerne l'accessibilité aux soins dentaires, la figure 1 montre que 68,7% de la population trouvaient que les soins bucco-dentaires étaient peu accessibles, 28,3% l'ont jugé pas du tout

accessibles, 2% les trouvaient très accessibles et le reste (1%) n'ont pas répondu à la question.

La figure 2 montre que 83,7% ne consultaient qu'en cas de douleurs et 11,5% pour des contrôles réguliers. Le reste (4,8%) consultait pour d'autres raisons.

Durant leur séjour 272 sur 399 immigrants sénégalais avaient souffert de maux de dents et parmi eux 224 (82,4%) avaient consulté un dentiste. Les 48 personnes restantes (17,6%) avaient eu recours à des traitements alternatifs (traditionnel ou automédication). Ils avaient plus recours au traitement traditionnel (68,75%) qu'à l'automédication (31,25%).

Le taux d'immigrés qui avaient bénéficié de traitements conservateurs était de 45,4% et 53,6% avaient eu des extractions dentaires.

Les traitements étaient suivis jusqu'à terme par 87,4% et le reste (12,9%) avait renoncé. Les raisons évoquées étaient le coût élevé des soins (45,2%), l'absence de douleurs après la 1^{ère} séance (26,27%), le manque de temps (13,1%) et d'autres raisons ou un cumul de plusieurs des raisons précédentes (15,5%) (Figure 3). L'analyse des raisons de renoncement avec les données sociodémographiques et les connaissances sur les pathologies bucco-dentaires montre que le renoncement n'est statistiquement lié qu'avec avec le niveau de revenu de la famille ($p=0,03$). Pour les autres paramètres précités aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée ($p>0,05$).

Le degré de satisfaction a été évalué parmi ceux qui ont bénéficié d'un traitement et 69,6% étaient satisfaits des soins reçus, 22,1% en étaient très satisfaits et 8,3% étaient peu ou pas du tout satisfaits (figure 4).

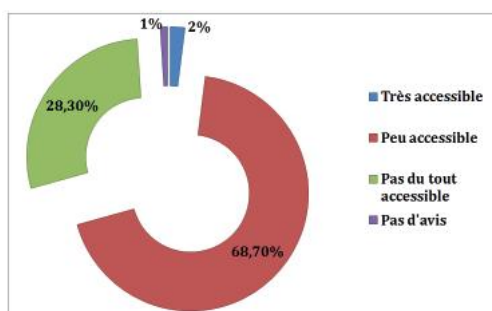


Figure 1 : Appréciation de l'accessibilité des soins dentaires par les immigrés sénégalais vivant en Italie.

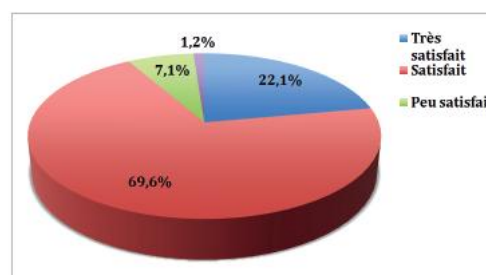


Figure 4 : Degré de satisfaction des usagers des services de santé bucco-dentaire

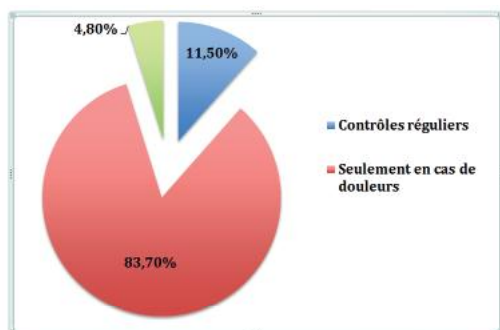


Figure 2 : Utilisation des services de soins bucco-dentaires par les immigrés sénégalais vivant en Italie.

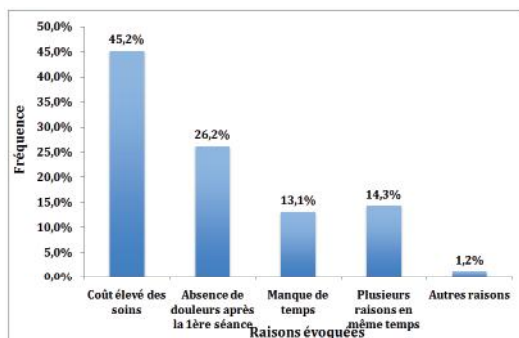


Figure 3 : Raisons du renoncement aux soins dentaires par les immigrés sénégalais vivant en Italie

DISCUSSION

L'étude consistait à mener une enquête auprès de 400 immigrés sénégalais afin de déterminer leurs caractéristiques socio-démographiques, d'analyser les difficultés liées à l'accès aux services bucco-dentaires et d'évaluer les niveaux d'utilisation et de satisfaction de ces services par cette population d'origine sénégalaise résidant en Lombardie.

L'âge moyen de la population d'étude était de 39 ans \pm 9,22 et les hommes étaient plus âgés que les femmes. Une étude similaire réalisée dans la même aire géographique montre les mêmes tendances que celles notées chez les sénégalais [1]. En Asie, en Afrique du Nord et en Europe de l'Est, une moyenne d'âge comprise entre 32 à 36 ans a été notée [6,16].

La durée moyenne de séjour de 12 ans est en phase avec les données publiées dans le rapport de l'Observatoire Régional pour l'Intégration et la Multiethnicité (ORIM) en 2012 [6]. Ce rapport dit que 80% des immigrés, originaires des pays à forte pression migratoire vivant en Lombardie, ont une durée de séjour supérieure à 5 ans [6].

L'étude du statut matrimonial montre que 81% des Sénégalais vivant en Lombardie sont mariés, le reste est constitué de célibataires, veufs et divorcés. Parmi les mariés plus du tiers vivent avec leur famille

en Italie. Les travaux réalisés au niveau de tous les immigrés de la Lombardie en 2011 trouvent un taux plus faible (55,5%) de mariés, alors que 33,7% sont célibataires, 2,8% veufs et 8% divorcés. Par rapport à la présence de la famille nucléaire ces mêmes études [6] révèlent un taux presque similaire (31,7%).

Les résultats sur le niveau de scolarisation montrent que plus de 40% des immigrés sénégalais ont au moins un niveau d'études secondaire, par contre 22,6% n'ont pas été scolarisés. Alors que l'analyse du niveau d'étude dans les pays à forte pression migratoire montre des taux de non scolarisés plus faibles respectivement au Pakistan (8,9%), en Egypte (6,2%) et en Ukraine (0,3%) [6,16]. Les raisons pourraient être liées au système éducatif et au faible taux de scolarisation, surtout dans les zones rurales d'où provenaient la majorité des immigrés.

L'analyse de l'état salarial et des charges dans les pays d'origine révèle que 63,2% des immigrés sénégalais ont un travail rémunéré à la fin du mois. Plus de 50% ont un salaire compris entre 750 et 1500 euros et 95% déclarent avoir des charges familiales au Sénégal. Ces responsabilités au Sénégal sont significativement liées à l'état salarial de la famille ($p=0,00$), au statut matrimonial ($p=0,00$) ou à la présence de la famille en Italie ($p=0,00$). Le revenu mensuel des sénégalais se situe dans la moyenne salariale notée dans le rapport de 2011 sur les immigrés vivant en Lombardie [6]. Cependant la crise financière, qui sévit depuis plus de 4 ans, classe l'Italie parmi les pays les plus fragiles de l'Europe. La perte des emplois compte tenu des facteurs de qualification touche beaucoup plus les immigrés [6].

L'acquisition du logement est en moyenne de 21,9% [6]. Ce taux est supérieur à la proportion de sénégalais (16%) qui ont pu acquérir un logement en Lombardie. En ce qui concerne les niveaux de connaissance sur les maladies buccales et leurs conséquences près de 70% de la population

sont assez informés à ce propos. Même si 80% de cette population déclarent avoir pris l'habitude de grignoter, elle maintient une fréquence de brossage au moins de deux fois par jour. La majeure partie des sénégalais adoptait un comportement favorable à une bonne hygiène bucco-dentaire car 68,4% se brossent les dents deux fois/jour. Ces résultats sont conformes avec les travaux de Angelilo et al. [3] sur l'état de santé bucco-dentaire des immigrés sénégalais comparés à leurs homologues marocains et yougoslaves. Dans cette étude 26,3% des sénégalais avait une bonne hygiène orale pour seulement 7,1% de yougoslaves et 5,5% de marocains [3].

Pour ce qui est de l'utilisation des services dentaires, 84% de la population ne consultent qu'en cas de douleur. Ce comportement n'est pas spécifique aux Sénégalais car des travaux réalisés dans d'autres pays montrent la même tendance c'est-à-dire une prédominance de la consultation motivée par la douleur [5, 11, 15]. Certaines études montrent une utilisation des services de santé bucco-dentaire plus significative chez les immigrés qui séjournent depuis longtemps que chez les immigrés récents [4,13]. Ce retard de consultation peut être expliqué par une profonde influence socioculturelle qui n'incite pas toujours à la prévention [7, 17, 18]. Au Sénégal, comme dans la plupart des pays en voie de développement, les programmes de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire sont rares voire inexistantes. Le taux de renoncement aux soins (12,9%), pour des raisons majoritairement liées au coût élevé des prestations, au manque de temps et à l'absence de douleurs, est différent des données retrouvées dans la littérature. En France Libert et Coll. [12] en 2001 avaient trouvé 28,7% de renoncement si le motif de la consultation était lié à la douleur et 22,4% en cas d'un autre type de demande de soins bucco-dentaires. Au Luxembourg Lorentz et Tchicaya [14] en 2007 ont trouvé un taux de renoncement beaucoup plus

faible de 4%. Cette disparité dans les taux de renoncement aux soins bucco-dentaires peut être expliquée par des difficultés d'accès aux soins, un manque d'information et plus précisément à des inégalités dans les systèmes de prise en charge et de couverture médicale [19, 20].

Les principales raisons liées au renoncement aux soins dans cette étude sont axées sur le coût des prestations (45,2%), l'absence de douleur (26,2%) et le manque de temps (13,1%). En France Libert et Coll. [12] avaient trouvé comme raison principale le coût des prestations (26,1%) et la crainte des soins (23,5%). Lorentz et Tchicaya [14] ont trouvé 12% de renoncement aux soins pour raisons financières. Par ailleurs, une enquête annuelle du SILC (survey on income and living conditions) coordonnée par Eurostat et concernant la quasi-totalité des pays de la communauté européenne a montré, en se limitant au renoncement pour raisons financières, une augmentation des besoins non satisfaits d'examen dentaire entre 2005 et 2009. Sur l'ensemble de la population 4,5 % déclaraient renoncer aux soins dentaires en 2009, les femmes plus que les hommes.

Les conditions d'accessibilité aux soins bucco-dentaires sont toujours contrastées dans les différents pays du fait de l'existence des inégalités [10]. L'analyse de l'accessibilité globale montre que seulement 2% les trouvent très accessibles, 68,7% de la population trouvent les soins bucco-dentaires peu accessibles et 28,3% pas du tout accessibles.

Les raisons sont multifactorielles ; d'ordre culturel suite à une difficulté relationnelle médecin-patient de type linguistique et culturel, une différence dans l'interprétation des concepts de santé et de la symptomatologie [4, 7] ; d'ordre Législatif du fait d'une crainte liée au statut d'irrégularité [9], la non uniformisation de l'application des nouveaux textes en vigueur dans les politiques de santé. Cependant cette contrainte d'accessibilité n'a pas été prise en compte car les immigrés en situation

irrégulière n'étaient pas inclus dans l'étude. D'ordre économique lié à la précarité des revenus, l'absence d'assurance maladie complémentaires, la faiblesse du taux de remboursement des soins, l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins des immigrés en situation régulière [2].

Globalement 92% des patients étaient satisfaits des soins bucco-dentaires reçus. Ce niveau de satisfaction acceptable est surtout en rapport avec la qualité du service (disponibilité, accueil du personnel soignant, moyens mobilisés) et la qualité des soins. Les paramètres significativement associés à cette satisfaction des patients étaient la courtoisie du personnel et la dextérité des praticiens.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- ANGELILLO IF, NOBILE CG, PAVIA M. Oral health status and treatment needs in immigrants and refugees in Italy. *Eur J Epidemiol*. 1996; 12(4):359-65.
- 2- AZOGUI-LÉVY S, BOURDILLON F, ITTAH-DESMEULLES H, ROSENHEIM M, SOUAMES M, AZERAD J. Dental status, access to care and precariousness. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2006; 54(3):203-11.
- 3- BASTAINER A, DASSETTO F. Italia, Europa e nuove immigrazioni, Edizione della Fondazione Giovanni Agnelli. Torino, 1990; 260 p.
- 4- BEDOS C, BRODEUR JM, BENIGERI M, OLIVIER M. Utilization of preventive dental services by recent immigrants in Quebec. *Can J Public Health*. 2004; 95(3):219-23.
- 5- BIRNBOIM-BLAU G, LEVIN L, SGAN-COHEN HD. Dental status among native and immigrant young Israeli adults. *Refuat Hapeh Vehashinayim*. 2006; 23(1):6- 11, 67.
- 6- BLANGIARDO GC. (a cura di), L'immigrazione straniera in Lombardia. L'undicesima indagine regionale. Rapporto 2011, Fondazione Ismu, Regione Lombardia, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, Milano, 2012 ; 228 p.
- 7- BODENMANN P, MADRID C, VANNOTTI M, ROSSI I, RUIZ J. Migration without borders, but...barriers of meaning. *Rev Med Suisse*. 2007 28;3(135):2710- 2717.

- 8- DIOP CM. « Les migrations internationales sénégalaises d'hier à demain ». In : Diop CM, (éd.), la société sénégalaise entre le local et le global. Ed.Karthala. Paris, 2008 ; 549- 578 pp.
- 9- FUENTES-AFFLICK E, HESSOL NA. Immigration status and use of health services among Latina women in the San Francisco Bay Area. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009; 18(3):1275-80.
- 10- HOLTZMAN JM. The coming crisis in access to oral health care. *Spec Care Dentist*. 2005; 25(6):273-4.
- 11- LASFARGUES JJ. Les traitements endodontiques d'urgence. Deuxième partie. *Rev Fran Endo*. 1985; 4(1):43-62.
- 12- LIBERT B, DANGTRAN P, DEROUET C. Etat dentaire et renoncement aux soins : Influence des facteurs socio-économiques et professionnels. *Médecine du travail* 2001; 88:389-394.
- 13- LOCKER D, CLARKE M, MURRAY H. Oral health status of Canadian-born and immigrant adolescents in North York, Ontario. *Community Dent Oral Epidemiol*.1998; 26(3):177-81.
- 14- LORENTZ N, TCHICAYA A. L'accès aux soins de santé pour tous. Un défi pour l'équité. *Chronique de l'enquête PSEL-3/2005*. Luxembourg 2007; 34.
- 15- MACHTOU P, MANDEL E, TORABINEJAD M. Clinical diagnostic of treatment of endodontic and periodontal lesions. *Quint Int*. 1993; 24(2):135-9.
- 16- MARCECA M. «L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti», *L'arco di Giano*, 1999 ; 22: 28p.
- 17- MARIÑO R, STUART GW, WRIGHT FA, MINAS IH, KLIMIDIS S. Acculturation and dental health among Vietnamese living in Melbourne, Australia. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29(2):107-19.
- 18- MARIÑO R, WRIGHT C, MINICHIELLO V, SCHOFIELD M, CALACHE H. A qualitative process evaluation of an oral health promotion program for older migrant adults. *Health Promot J Austr*. 2005; 16(3):225-8.
- 19- MARIÑO R, WRIGHT C, SCHOFIELD M, CALACHE H, MINICHIELLO V. Factors associated with self-reported use of dental health services among older Greek and Italian immigrants. *Spec Care Dentist*. 2005; 25(1):29-36.
- 20- WU B, TRAN TV, KHATUTSKY G. Comparison of utilization of dental care services among Chinese - and Russian-speaking immigrant elders. *J Public Health Dent*. 2005; 65(2):97-103.