

Dépistage du cancer de la prostate chez les hommes noirs au Canada : Argument en faveur des soins stratifiés en fonction du risque

Kikachukwu Otiono BA, Brenda Nkonge BHSc, Oluwatobi R. Olaiya MD MSc, Sean Pierre MD

■ Citation : *CMAJ* 2022 October 24;194:E1411-5. doi : 10.1503/cmaj.220452-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220452

Le cancer de la prostate arrive au quatrième rang des cancers les plus répandus et il arrive au premier rang des cancers non cutanés les plus fréquents chez les hommes au Canada. En 2022, on estime qu'un diagnostic de cancer de la prostate sera posé chez plus de 24 000 hommes au Canada, soit 20 % de tous les nouveaux cancers masculins^{1,2}. L'histoire naturelle du cancer de la prostate varie, d'une évolution indolente jusqu'à la maladie fatale, ce qui va de pair avec un éventail de stratégies thérapeutiques incluant la surveillance active, la chirurgie et la radiothérapie. Les médecins continuent de s'interroger sur la façon d'identifier les hommes dont la maladie est cliniquement importante, tout en évitant le surdiagnostic et le surtraitement. Les hommes noirs posent un défi encore plus grand, étant donné qu'on manque de données probantes pour orienter la pratique chez ce groupe. Les données canadiennes sont peu nombreuses, mais des recherches menées aux États-Unis et en Europe ont montré que l'incidence du cancer de la prostate et le risque d'en souffrir au cours de la vie sont au-delà de 2 fois plus grands chez les hommes noirs que chez les hommes blancs^{3,4}. Les lignes directrices actuelles en matière de dépistage du cancer de la prostate sont très peu extrapolables aux patients noirs et les médecins canadiens ont peu de ressources à leur disposition pour prendre en charge la maladie sur la base de données probantes. Nous abordons ici les données et les orientations actuelles en matière de dépistage du cancer de la prostate chez les patients noirs au Canada, et nous nous demandons si les lignes directrices ne devraient pas être revues pour inclure un dépistage particulier chez cette population à risque élevé.

Comment le cancer de la prostate affecte-t-il de manière disproportionnée les hommes noirs?

Les taux de mortalité et d'incidence du cancer de la prostate varient considérablement dans le monde selon les régions et les sources, ce qui témoigne des différences concernant les lignes directrices en ce qui a trait à son dépistage, aux ressources sanitaires et aux caractéristiques ethnoculturelles⁵⁻¹². Dans les Caraïbes,

Points clés

- Les hommes noirs atteints d'un cancer de la prostate font face à l'interaction complexe de divers facteurs structurels et obstacles tels qu'une littératie médicale insuffisante, une sous-représentation dans les essais cliniques et un accès inadéquat aux traitements, ce qui contribue à un résultat clinique négatif.
- Les lignes directrices actuelles en matière de dépistage ne fournissent pas d'orientation spécifique aux médecins qui soignent des patients noirs, ce qui contribue probablement au risque accru de cancer de la prostate et de décès par cancer de la prostate.
- L'application de programmes de dépistage ciblés pour les personnes noires au Canada pourrait faciliter la détection et le traitement hâtifs et réduire le risque de mortalité.
- Toute mesure visant à corriger les disparités raciales en matière de santé requiert non seulement des changements ponctuels sous la forme de lignes directrices en matière de dépistage et de traitement, mais aussi une meilleure compréhension du racisme systémique et de ses répercussions sur les résultats cliniques des patients.

des taux d'incidence du cancer de la prostate aussi élevés que 304 par 100 000 hommes ont été documentés⁵⁻⁷, contre 4,7-19,8 par 100 000 en Afrique de l'Ouest, 11,5 par 100 000 en Asie, 113,6 par 100 000 au Canada et 111,3 par 100 000 aux États-Unis⁸⁻¹⁰. Une publication de 2020 qui a mesuré le fardeau mondial du cancer a révélé que le taux de mortalité le plus élevé de cancer de la prostate s'observait dans les Caraïbes (27,9 par 100 000), suivi de l'Afrique centrale, du Sud et de l'Ouest (24,8, 22,0 et 20,2 par 100 000, respectivement), puis de la Micronésie et de la Polynésie (18,8 par 100 000)¹².

Des études ont analysé les données épidémiologiques sur le cancer de la prostate selon les groupes raciaux d'une même région. En Angleterre, le taux d'incidence du cancer de la prostate était au-delà de 2 fois plus élevé chez les hommes noirs (rapport des taux 2,1) que chez les hommes blancs en 2013-2017¹³. En 2008-2010, le risque au cours de la vie qu'un homme

noir en Angleterre décède d'un cancer de la prostate était de 8 %, contre 4 % pour un homme blanc, et de 2 % pour un homme asiatique⁴. Aux États-Unis, les hommes afro-américains sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer de la prostate à un stade avancé et 2 fois plus susceptibles d'en mourir comparativement aux hommes blancs¹⁰. Les taux de mortalité constamment plus élevés chez les hommes noirs dans plusieurs régions pourraient soutenir l'argument d'une prédisposition génétique⁸, mais des facteurs environnementaux et sociaux jouent clairement un rôle important. Et fait à noter, les taux d'incidence du cancer de la prostate sont jusqu'à 40 fois plus élevés chez les Afro-Américains que chez les Africains¹⁴.

Généralement, les disparités raciales au chapitre du diagnostic et de la mortalité par cancer de la prostate ont été attribuées à plusieurs facteurs, y compris un accès inéquitable aux soins de santé¹⁵, la sous-représentation des patients noirs dans les essais cliniques¹⁶ et le bagage génétique¹⁷. Des données récentes montrent que même avec un cancer de la prostate de bas grade, comparativement à ce qui se produit chez les hommes blancs, chez les Afro-Américains, la maladie a tendance à présenter des caractéristiques plus agressives et à évoluer plus rapidement du stade latent au stade invasif¹⁸. De plus, la recherche en génétique sur le cancer de la prostate a montré que les hommes noirs présentent une plus grande probabilité d'hériter de locus à haut risque associés au cancer de la prostate, ce qui évoque la possibilité d'une prédisposition génétique chez ce groupe^{19,20}. L'annexe 1, accessible ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220452/tab-related-content, résume les données concernant divers facteurs qui contribuent aux disparités raciales en matière de cancer de la prostate; la présente revue repose sur ces données.

En quoi les déterminants sociaux de la santé affectent-ils les résultats cliniques du cancer de la prostate chez les patients noirs au Canada?

Selon le Recensement de 2016, les personnes noires constituent 3,5 % de la population canadienne et on s'attend à ce qu'elles en constituent 5,6 % d'ici 2036²¹. Les personnes noires au Canada forment une population diversifiée qui inclut des communautés migrantes et des descendants d'esclaves²².

Le racisme systémique fait référence à des systèmes politiques, juridiques, sanitaires et économiques qui lèsent certains groupes. Le racisme structurel concerne les structures qui maintiennent de tels systèmes en place, comme les lois, les politiques et les croyances profondes²³. Ces termes sont parfois utilisés de manière interchangeable. Plusieurs patients noirs au Canada font face à des obstacles structurels à plusieurs niveaux dans leurs rapports avec le système de santé, qu'il s'agisse de soins primaires, d'épreuves diagnostiques ou de pronostic²⁴. Ces obstacles reposent sur des siècles d'inégalités systémiques vécues par les communautés racisées, ce qui amplifie inévitablement les risques pour la santé. Le stress causé par le racisme anti-Noirs qui prévaut dans le système de santé est en outre aggravé par la sous-représentation des personnes noires parmi

les médecins et par les biais raciaux implicites des professionnels de la santé^{25,26}.

Les médecins canadiens devraient reconnaître que le racisme systémique historique et persistant joue probablement un rôle dans le fardeau disproportionné du cancer de la prostate chez les communautés noires et que les obstacles socioéconomiques qui briment l'accès aux soins de santé peuvent significativement affecter les résultats cliniques d'un cancer de la prostate chez les hommes noirs. Par exemple, la recherche a démontré qu'un statut socioéconomique faible contribue à un pronostic sombre chez les patients atteints de cancer de la prostate^{27,28}. Plusieurs études ont montré que la pauvreté est racisée au Canada^{29,30}. Pour ce qui est des obstacles non financiers, une littératie médicale insuffisante et le fait de très peu consulter en cas de problèmes de santé contribuent à assombrir le pronostic du cancer de la prostate chez les hommes noirs. Souvent, il leur manque les renseignements de base nécessaires pour prendre des décisions éclairées au sujet du dépistage du cancer de la prostate³¹, ce qui est aggravé par une méfiance à l'endroit de la communauté médicale et un manque d'adéquation culturelle de la part du milieu de la santé³².

Une récente étude de cohorte n'a noté aucune hausse de la mortalité par cancer de la prostate chez les hommes noirs au Canada après ajustement pour tenir compte de différences non biologiques, telles que le statut socioéconomique et l'accès aux soins de santé³³. Cette observation s'oppose à celles d'études antérieures selon lesquelles des différences génétiques pouvaient être une cause majeure du risque élevé de cancer de la prostate chez les hommes noirs^{19,20}. Il est cependant probable que le bagage génétique et les obstacles sociétaux y participent ensemble et il faudra approfondir la recherche pour examiner cette interaction. Néanmoins, comprendre et corriger les déterminants sociaux de la santé sont des étapes importantes pour combler le fossé des inégalités en matière de santé lorsqu'il est question de dépistage, de diagnostic, de traitement et de survie en lien avec le cancer de la prostate.

Comment les lignes directrices se positionnent-elles face aux disparités raciales et aux résultats cliniques du cancer de la prostate?

La plus récente ligne directrice du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs déconseille le dépistage de routine de l'antigène prostatique spécifique (APS) chez les hommes de tous âges, tout en précisant qu'il est probablement plus utile chez les hommes de 55–69 ans³⁴. La ligne directrice identifie et explique le risque accru de cancer de la prostate chez les hommes noirs, mais ne fournit pas de directive spécifique pour sa prise en charge, car selon cette source, il n'y aurait pas de données tirées d'essais cliniques comparant les avantages et les inconvénients du dépistage chez les populations noires et non noires³⁴. Un tel énoncé général jette un voile sur le fait que les patients noirs sont depuis longtemps peu représentés dans les essais cliniques et fait l'impasse sur une réflexion plus nuancée concernant un dépistage plus ciblé chez cette population.

La ligne directrice de 2022 de l'Association des urologues du Canada (AUC) sur le cancer de la prostate résume 3 essais randomisés et contrôlés qui fournissent des données probantes de niveau 1 crédibles et applicables au dépistage du cancer de la prostate³⁵. L'AUC souligne l'importance d'une prise de décision partagée entre les patients et leurs médecins lors du choix des méthodes de dépistage et de traitement, de manière à équilibrer les risques et les avantages. Selon la ligne directrice de l'AUC, chez les patients qui souhaitent subir un dépistage, le dosage de l'APS devrait commencer à 50 ans dans la population générale et à 45 ans chez les personnes à risque (recommandation de catégorie C). Or, les hommes noirs ne sont pas inclus dans cette catégorie à risque, malgré des données probantes selon lesquelles ils sont exposés à un risque plus grand de maladie métastatique et de décès. Aucune mention explicite n'est faite des disparités raciales relatives au diagnostic et à la mortalité par cancer de la prostate dans la ligne directrice de l'AUC 2022, sauf dans quelques notes en bas de page. De même, les recommandations de l'*US Preventative Services Task Force* (USPSTF) font allusion à des disparités raciales pour ce qui est des résultats cliniques du cancer de la prostate, sans fournir d'orientation spécifique pour ce groupe³⁶.

Les Canadiens noirs devraient-ils avoir accès à un dépistage particulier du cancer de la prostate?

On ne saurait sous-estimer les préjudices potentiels liés au surdiagnostic du cancer de la prostate, c'est-à-dire, biopsies effractives, fréquentes consultations médicales, anxiété et hausse des coûts des soins de santé^{37,38}, mais les professionnels devraient-ils mettre sur le même pied le risque de surdiagnostic chez les personnes noires et chez la population générale?

Les essais cliniques sur le dépistage et le traitement du cancer de la prostate n'ont pas inclus suffisamment de participants noirs^{39,40}. Les lignes directrices de l'AUC et du USPSTF sur le cancer de la prostate font référence à des données tirées de l'étude *Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial*. Or, cette étude a révélé que seulement 4 % des participants étaient des hommes noirs non hispaniques, ce qui limite la validité externe de ses conclusions⁴⁰. Et elle se situe dans un contexte où d'autres études ont montré que, comparativement aux patients blancs, les patients noirs aux États-Unis sont plus susceptibles de présenter une tumeur plus volumineuse⁴¹, des taux initiaux d'APS élevés⁴², des contrôles plus espacés⁴³ et une évolution plus précoce en maladie cliniquement importante^{18,19}. Si les hommes noirs se révèlent porteurs d'une maladie plus agressive et plus avancée dans les populations admissibles au test d'APS, appliquer à cette population les lignes directrices pour un risque moyen ne tient pas compte de leur réalité^{44,45}. De plus, l'*European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer* a révélé que le dosage de l'APS permet de réduire l'incidence du cancer de la prostate métastatique^{46,47}. Étant donné que les hommes noirs sont, dans l'ensemble, plus à risque à l'égard du cancer de la prostate métastatique, il y a lieu de se demander si le dosage de l'APS ne devrait pas commencer à un plus jeune âge chez cette population.

Pour montrer les répercussions d'un dépistage stratifié en fonction du risque, une étude de 2022 a utilisé les données spécifiques à l'âge et à l'année tirées de la base de données SEER (*Surveillance, Epidemiology, and End Results*) et les données du Recensement américain pour évaluer le rapport risques : avantages chez les personnes noires qui subissent un dépistage de l'APS, comparativement aux personnes d'autres groupes raciaux et ethniques⁴⁸. L'analyse a montré que les nombres de sujets à diagnostiquer et à traiter favorisent les personnes noires plus que la population générale, même selon le scénario le plus pessimiste (c.-à-d., en supposant que seulement la moitié de la baisse des taux de mortalité soit attribuable au dépistage). Une étude antérieure, selon un modèle de microsimulation, a montré que le dosage annuel de l'APS chez les hommes noirs de 45–69 ans réduisait la mortalité (26%–29%), avec un taux moindre de surdiagnostic⁴⁹. Les risques liés à une augmentation du dépistage restent préoccupants, mais l'arrivée de nouveaux protocoles pour la biopsie et l'imagerie, de même qu'une surveillance active des patients à risque faible pourraient réduire le risque de surdiagnostic et de surtraitement⁴⁸.

Fait à noter, les nouvelles stratégies d'appoint en matière de dépistage précoce du cancer de la prostate pourraient grandement atténuer les risques de surdiagnostic et de surtraitement chez les patients à risque élevé³⁵. Selon de récentes publications de l'AUC et d'Action Cancer Ontario, les patients n'ayant encore jamais subi de biopsie et présentant un risque élevé de cancer de la prostate cliniquement important pourraient bénéficier d'une imagerie par résonance magnétique multiparamétrique avant leur biopsie^{50,51}. Les autres modalités pour obtenir des informations additionnelles sur le risque de cancer chez un patient (p. ex., interprétation de la vélocité de l'APS, rapport APS libre : APS total et bilans des biomarqueurs) peuvent toutes être utilisées par la suite pour orienter le traitement des hommes noirs exposés à un risque de cancer de la prostate. En ce qui concerne les lignes directrices en matière de dépistage, dans la mesure où l'AUC suggère un dépistage du cancer de la prostate à partir de l'âge de 45 ans pour les hommes exposés à un risque accru³⁵, nous considérons qu'il est raisonnable d'inclure les hommes noirs dans cette catégorie puisqu'ils sont, preuve à l'appui, exposés à un risque élevé de diagnostic et de décès par cancer de la prostate⁵⁻⁷. Cette suggestion s'appuie sur la ligne directrice de l'Association européenne d'urologie (AEU) qui inclut les personnes noires dans la catégorie à risque élevé et préconise un dépistage à partir de l'âge de 45 ans, contre 50 ans dans la population générale⁵².

Pourquoi nous faut-il de meilleures données canadiennes?

Des études se sont penchées sur la sous-représentation des personnes noires au Canada dans le cadre d'autres programmes de dépistage et essais sur des médicaments^{53,54}, mais ce type de recherche fait défaut lorsqu'il est question des essais cliniques concernant le cancer de la prostate au Canada. Le manque de données fondées sur la race au Canada fait en sorte qu'on se fie démesurément aux données provenant des États-Unis et d'ailleurs. On peut supposer que les tendances sont similaires;

or, les personnes noires au Canada sont démographiquement différentes et font face à des obstacles différents. Par exemple, les données du Recensement de 2016 montrent que 52,0 % des personnes noires vivant au Canada sont immigrantes, contre 44,3 % qui sont nées au Canada²¹. À l'inverse, seulement 10 % de la population noire aux États-Unis est d'origine étrangère⁵⁵. Les défis particuliers auxquels font face les descendants d'esclaves africains aux États-Unis ne sont pas les mêmes que ceux des immigrants et des réfugiés noirs au Canada, et vice versa. Dans la mesure où une forte proportion des personnes noires au Canada sont nées à l'étranger, toute analyse des disparités raciales relativement aux soins de santé au Canada devrait tenir compte du traumatisme de l'immigration, de la barrière des langues, des différences culturelles et de la piètre littérature médicale⁵⁶⁻⁵⁸. Bien sûr, les personnes noires au Canada ne forment pas un bloc monolithique. On ne peut pas simplement ajouter les difficultés des personnes noires au Canada dans la discussion plus vaste concernant les défis auxquels font face les populations immigrantes. Pour que les professionnels de la santé puissent proposer des solutions réalistes aux iniquités en matière de santé, les chercheurs, organismes subventionnaires, sociétés professionnelles et autres parties prenantes doivent s'engager à étudier judicieusement les effets du racisme sur la santé⁵⁹.

L'effet des différences raciales sur la santé constitue un enjeu important de la recherche médicale si l'on souhaite identifier les populations qui peuvent gagner à faire l'objet d'une évaluation, d'une attention et d'interventions plus ciblées. Nous reconnaissons que le mot « race » est une construction sociale basée sur des différences phénotypiques et culturelles et qu'il ne doit pas être considéré comme une variable biologique, ce qui oblitérerait les interactions complexes des obstacles structurels, du statut socioéconomique, de la génétique et de l'environnement. À ce titre, les disparités raciales quant aux taux d'incidence et de mortalité liés au cancer de la prostate chez les hommes noirs sont multifactorielles et exigent des solutions à l'avenant.

Conclusion

Les hommes noirs au Canada pourraient être génétiquement prédisposés à un cancer de la prostate plus agressif; or ils font également face à des obstacles socioéconomiques et manquent de littérature médicale, ce qui affecte leurs chances que la maladie soit dépistée tôt. De plus, ils sont moins susceptibles de recevoir des traitements optimaux une fois le diagnostic de cancer posé.

Nous croyons qu'à l'instar de la ligne directrice de l'AEU qui recommande un dépistage plus hâtif chez les personnes noires en Europe, et compte tenu des données substantielles concernant un pronostic sombre, les lignes directrices canadiennes devraient inclure les patients noirs dans la catégorie à risque élevé admissible à un dépistage du cancer de la prostate à un plus jeune âge, c.-à-d., à 45 ans. Il faut également tendre à améliorer la littérature médicale des personnes noires, tout comme il faut expliquer soigneusement les données actuelles dans un processus de prise de décision partagée avec ces patients. Les lacunes de la littérature scientifique devraient être le point de départ d'études plus approfondies. La collecte de données fondées sur la race et l'évaluation de la

diversité dans les essais cliniques devraient être obligatoires. Même si proposer un algorithme en matière de dépistage et de diagnostic chez les hommes noirs qui tienne compte des granularités des tests d'APS, des biopsies ou des épreuves d'imagerie excède le propos du présent article, nous sommes d'avis qu'une collecte de données et une recherche rigoureuses sont nécessaires si l'on veut procéder à cette indispensable révision des lignes directrices en matière de dépistage du cancer de la prostate afin de favoriser la santé des personnes noires au Canada. Il n'est pas facile de s'attaquer au racisme structurel : des mesures de décolonisation, des changements aux institutions et des formations antiracistes s'imposent. C'est là où les médecins ont un rôle à jouer.

Références

- Canadian cancer statistics. Toronto: Canadian Cancer Society. Accessible ici : <https://cancer.ca/en/research/cancer-statistics/canadian-cancer-statistics> (consulté le 22 févr. 2022).
- Brenner DR, Poirier A, Woods RR, et al.; Canadian Cancer Statistics Advisory Committee. Projected estimates of cancer in Canada in 2022. *CMAJ* 2022;194:E601-7.
- Powell IJ. Epidemiology and pathophysiology of prostate cancer in African-American men. *J Urol* 2007;177:444-9.
- Lloyd T, Hounscome L, Mehay A, et al. Lifetime risk of being diagnosed with, or dying from, prostate cancer by major ethnic group in England 2008-2010. *BMC Med* 2015;13:171.
- Bunker CH, Patrick AL, Konety BR, et al. High prevalence of screening-detected prostate cancer among Afro-Caribbeans: the Tobago Prostate Cancer Survey. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002;11:726-9.
- Gibson TN, Blake G, Hanchard B, et al. Age-specific incidence of cancer in Kingston and St Andrew, Jamaica, 1998-2002. *West Indian Med J* 2008;57:81-9.
- Glover FE Jr, Coffey DS, Douglas LL, et al. The epidemiology of prostate cancer in Jamaica. *J Urol* 1998;159:1984-6, discussion 1986-7.
- Rawla P. Epidemiology of prostate cancer. *World J Oncol* 2019;10:63-89.
- Lagacé F, Ghazawi FM, Le M, et al. Incidence and mortality of prostate cancer in Canada during 1992-2010. *Curr Oncol* 2021;28:978-90.
- Cancer stat facts: prostate cancer. Bethesda (MD): Surveillance, Epidemiology, and End Results Program, National Cancer Institute. Accessible ici : <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html> (consulté le 9 mars 2022).
- Seraphin TP, Joko-Fru WY, Kamat B, et al. Rising prostate cancer incidence in sub-Saharan Africa: a trend analysis of data from the African cancer registry network. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2021;30:158-65.
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021;71:209-49.
- Delon C, Brown KF, Payne NWS, et al. Differences in cancer incidence by broad ethnic group in England, 2013-2017. *Br J Cancer* 2022;126:1765-73.
- Chu LW, Ritchey J, Devesa SS, et al. Prostate cancer incidence rates in Africa. *Prostate Cancer* 2011;2011:947870.
- Dess RT, Hartman HE, Mahal BA, et al. Association of Black race with prostate cancer-specific and other-cause mortality. *JAMA Oncol* 2019;5:975-83.
- Rencsok EM, Bazzi LA, McKay RR, et al. Diversity of enrollment in prostate cancer clinical trials: current status and future directions. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2020;29:1374-80.
- Rayford W, Beksac AT, Alger J, et al. Comparative analysis of 1152 African-American and European-American men with prostate cancer identifies distinct genomic and immunological differences. *Commun Biol* 2021;4:670.
- Deka R, Courtney PT, Parsons JK, et al. Association between African American race and clinical outcomes in men treated for low-risk prostate cancer with active surveillance. *JAMA* 2020;324:1747-54.
- Powell IJ, Bock CH, Ruterbusch JJ, et al. Evidence supports a faster growth rate and/or earlier transformation to clinically significant prostate cancer in Black than in White American men, and influences racial progression and mortality disparity. *J Urol* 2010;183:1792-6.
- Conti DV, Wang K, Sheng X, et al.; PRACTICAL/ELLIPSE Consortium. Two novel susceptibility loci for prostate cancer in men of African ancestry. *J Natl Cancer Inst* 2017;109:djx084.
- Maheux H, Do D. Diversity of the Black population in Canada: an overview. Cat no 89-657-X2019002. Ottawa: Statistics Canada; 2019. Accessible ici : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-657-x/89-657-x2019002-eng.htm> (consulté le 17 févr. 2022).
- Whitfield HA. *North to bondage: loyalist slavery in the Maritimes*. Vancouver: University of British Columbia Press; 2016.

23. Braveman PA, Arkin E, Proctor D, et al. Systemic and structural racism: definitions, examples, health damages, and approaches to dismantling. *Health Aff (Millwood)* 2022;41:171-8.
24. Dryden O, Nnorom O. Time to dismantle systemic anti-Black racism in medicine in Canada. *CMAJ* 2021;193:E55-7.
25. Black Health Alliance, Health Commons Solutions Lab. Black experiences in health care symposium: bringing together community and health systems for improved health outcomes. Antigonish (NS): National Collaborating Centre for Determinants of Health; 2020. Accessible ici : <https://nccdh.ca/resources/entry/black-experiences-in-health-care-symposium-bringing-together-community-and> (consulté le 17 févr. 2022).
26. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics* 2017;18:19.
27. Ziehr DR, Mahal BA, Aizer AA, et al. Income inequality and treatment of African American men with high-risk prostate cancer. *Urol Oncol* 2015;33:18.e7-13.
28. Coughlin SS. A review of social determinants of prostate cancer risk, stage, and survival. *Prostate Int* 2020;8:49-54.
29. Block S, Galabuzi GE. Canada's colour coded labour market. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives, and Toronto: The Wellesley Institute; 2011. Accessible ici : <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/canadas-colour-coded-labour-market> (consulté le 17 févr. 2022).
30. Block S, Galabuzi GE, Tranjan R. Canada's colour coded income inequality. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives; 2019. Accessible ici : <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/canadas-colour-coded-income-inequality> (consulté le 17 févr. 2022).
31. Shungu N, Sterba KR. Barriers and facilitators to informed decision-making about prostate cancer screening among Black men. *J Am Board Fam Med* 2021;34:925-36.
32. Woods VD, Montgomery SB, Belliard JC, et al. Culture, Black men, and prostate cancer: what is reality? *Cancer Control* 2004;11:388-96.
33. Stern N, Ly TL, Welk B, et al. Association of race and ethnicity with prostate cancer-specific mortality in Canada. *JAMA Netw Open* 2021;4:e2136364.
34. Bell N, Connor Gorber S, Shane A, et al.; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ* 2014;186:1225-34.
35. Mason RJ, Marzouk K, Finelli A, et al. Update: 2022 Canadian Urological Association recommendations on prostate cancer screening and early diagnosis: endorsement of the 2021 Cancer Care Ontario guidelines on prostate multiparametric magnetic resonance imaging. *Can Urol Assoc J* 2022;16:E184-96.
36. US Preventive Services Task Force; Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, et al. Screening for prostate cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2018;319:1901-13.
37. Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, et al. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2010;341:c4543.
38. Lin K, Lipsitz R, Janakiraman S. Benefits and harms of prostate-specific antigen screening for prostate cancer: an evidence update for the U.S. Preventive Services Task Force. Report no 08-05121-EF-1. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2010.
39. Saltzman RG, Zucker I, Campbell K, et al. An evaluation of race-based representation among men participating in clinical trials for prostate cancer and erectile dysfunction. *Contemp Clin Trials Commun* 2022;29:100986.
40. Owens-Walton J, Williams C, Rompré-Brodeur A, et al. Minority enrollment in Phase II and III clinical trials in urologic oncology. *J Clin Oncol* 2022;40:1583-9.
41. Shenoy D, Packianathan S, Chen AM, et al. Do African-American men need separate prostate cancer screening guidelines? *BMC Urol* 2016;16:19.
42. Moul JW, Sesterhenn IA, Connelly RR, et al. Prostate-specific antigen values at the time of prostate cancer diagnosis in African-American men. *JAMA* 1995;274:1277-81.
43. Carpenter WR, Howard DL, Taylor YJ, et al. Racial differences in PSA screening interval and stage at diagnosis. *Cancer Causes Control* 2010;21:1071-80.
44. Mahal BA, Chen Y-W, Muralidhar V, et al. Racial disparities in prostate cancer outcome among prostate-specific antigen screening eligible populations in the United States. *Ann Oncol* 2017;28:1098-104.
45. Miller EA, Pinsky PF, Black A, et al. Secondary prostate cancer screening outcomes by race in the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) screening trial. *Prostate* 2018;78:830-8.
46. Schröder FH, Hugosson J, Carlsson S, et al. Screening for prostate cancer decreases the risk of developing metastatic disease: findings from the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC). *Eur Urol* 2012;62:745-52.
47. Buzzoni C, Auvinen A, Roobol MJ, et al. Metastatic prostate cancer incidence and prostate-specific antigen testing: new insights from the European randomized study of screening for prostate cancer. *Eur Urol* 2015;68:885-90.
48. Basourakos SP, Gulati R, Vince RA Jr, et al. Harm-to-benefit of three decades of prostate cancer screening in Black men. *NEJM Evid* 2022;1. doi: 10.1056/evidoa2200031.
49. Nyame YA, Gulati R, Heijnsdijk EAM, et al. The impact of intensifying prostate cancer screening in Black men: a model-based analysis. *J Natl Cancer Inst* 2021;113:1336-42.
50. Haider MA, Brown J, Chin JLK, et al. Evidence-based guideline recommendations on multiparametric magnetic resonance imaging in the diagnosis of clinically significant prostate cancer: a Cancer Care Ontario updated clinical practice guideline. *Can Urol Assoc J* 2022;16:16-23.
51. Haider MA, Brown J, Yao X, et al. Multiparametric magnetic resonance imaging in the diagnosis of clinically significant prostate cancer: an updated systematic review. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2021;33:e599-612.
52. Van Poppel H, Roobol MJ, Chapple CR, et al. Prostate-specific antigen testing as part of a risk-adapted early detection strategy for prostate cancer: European association of urology position and recommendations for 2021. *Eur Urol* 2021;80:703-11.
53. Nnorom O, Findlay N, Lee-Foon NK, et al. Dying to learn: a scoping review of breast and cervical cancer studies focusing on black Canadian women. *J Health Care Poor Underserved* 2019;30:1331-59.
54. Dickmann LJ, Schutzman JL. Racial and ethnic composition of cancer clinical drug trials: How diverse are we? *Oncologist* 2018;23:243-6.
55. Tamir C. The growing diversity of Black America: 46.8 million people in the U.S. identify as Black. Washington (DC): Pew Research Center; 2021. Accessible ici : <https://www.pewresearch.org/social-trends/2021/03/25/the-growing-diversity-of-black-america/> (consulté le 17 févr. 2022).
56. George U, Thomson MS, Chaze F, et al. Immigrant mental health, a public health issue: looking back and moving forward. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12:13624-48.
57. King RU, Este DC, Yohani S, et al. Actions needed to promote health equity and the mental health of Canada's Black refugees. *Ethn Health* 2022;27:1518-36.
58. Salami B, Denga B, Taylor R, et al. Access to mental health for black youths in Alberta. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* 2021;41:245-53.
59. Datta G, Siddiqi A, Lofters A. Transforming race-based health research in Canada. *CMAJ* 2021;193:E99-100.

Intérêts concurrents : Aucun intérêt concurrent déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Faculté de médecine Michael G. DeGroot (Otono), Exploration et commercialisation biomédicales (Nkonge) et Division de chirurgie plastique (Olaiya), Faculté des sciences de la santé, Université McMaster, Hamilton, Ont.; Division d'urologie (Pierre), Hôpital Queensway Carleton, Ottawa, Ont.

Collaborateurs : Tous les auteurs ont collaboré à l'élaboration et à la conception de l'étude. Kikachukwu Otono, Brenda Nkonge et Oluwatobi Olaiya ont participé à la revue de la littérature scientifique. Kikachukwu Otono et Brenda Nkonge ont rédigé l'ébauche du manuscrit. Tous les auteurs en ont révisé de façon critique le contenu intellectuel important;

ils ont donné leur approbation finale pour la version destinée à être publiée et assument l'entière responsabilité de tous les aspects du travail.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Kikachukwu Otono, kika.otiono@medportal.ca