



Global health for all by 2030

La santé mondiale pour tous à l'horizon 2030

Susan J. Elliott¹

Published online: 16 March 2022

© The Author(s) under exclusive license to The Canadian Public Health Association 2022

As a professor of medical/health geography for 30-plus years, I have been teaching my students about global environment and public health. I may not have always called it that, but that's what it is. And over the years, I have exhausted my students with three mantras: all health is global health; global health is public health; and the more things change, the more they stay the same. The current (yes, current) COVID-19 pandemic has vindicated these mantras and helped students see that yes, they *did* learn something in those lectures (phew!).

Geographers and historians have much in common, looking at relationships between humans and the environments within which they live work and play—across space, and over time. As such, medical geographers begin teaching their discipline by first looking historically at health and illness. Many draw specifically on John Snow, seen as the grandparent of epidemiology as well as medical geography, given that he was the first to say: what if we put the incidences of mortality from cholera (ca. 1850 London) on a map to see if they create a pattern and then let's see if that pattern points us toward a cause or determining factor? (Johnson, 2006). And like many historians, medical geographers sometimes turn to historical fiction to entertain their students with concepts and ideas that explain patterns and processes producing health and illness. This medical geographer often quotes from one of the most romantic books ever written—*Love in the Time of Cholera* by Gabriel Garcia Marquez (Garcia Marquez, 2003; listed in IMDB as source of one of the most romantic love scenes ever filmed)—which demonstrates the concept of diffusion of infectious disease, understandings of which are still manifest in the COVID-19 pandemic, vis-à-vis current

global travel restrictions. Oh, they might have been slightly different back then—in the case of cholera in Garcia Marquez' book, the ship in the Panama Canal ca. 1850 could not come into port until the yellow flag could be lowered indicating there was no more cholera on the ship, those affected either having recovered or (more likely) having died and been put overboard. But the concept remains the same.

With few exceptions (Atiim & Elliott, 2016), we thought we were through the 5th stage of the epidemiologic transition (if you've never watched this video by Hans Rosling, “200 Countries, 200 years, 4 minutes”, you are missing out! www.youtube.com/watch?v=jbkSRLYSojo), but we now realize that global health is topsy-turvy: infectious disease has re-emerged as a priority public health issue in the entire world, INCLUDING THE DEVELOPED WORLD, while in developing countries, we continue to see the rise of non-communicable diseases, like type 2 diabetes, cardiovascular disease, and stroke (Gouda et al., 2019). Does that mean those developing countries are now developed? Or that all health is global health?

As a result of globalization in general, we see these shifts in public and population health happening in all parts of the world now. And we also see, as Sir Michael Marmot taught us all a few decades ago (Wilkinson & Marmot, 2003), that the greatest contributors to the health of the population are the social determinants of health, not our access to formal health care facilities. This too is global; our neighbours in the developing world equally require social support, less stress, secure employment, and more resources for good early years. All health is global health, and all global health is public health.

Finally, the more things change, the more they stay the same. Edwin Chadwick himself (Fee & Brown, 2005) fought for access to sanitation and safe water for urban populations, and it was those factors—not access to vaccines and medicines (McKeown, 2014)—that shifted the curve in terms of population health. And when COVID-19 hit the world in 2019, access to water—to wash our hands to stem the spread

✉ Susan J. Elliott
elliotts@uwaterloo.ca

¹ University of Waterloo, Waterloo, ON, Canada

of the virus—became paramount and the pandemic shone a spotlight on existing inequalities in access to safe water. Not just in the developing world; in the United States of America, 90 major cities had to scramble to pass legislation to force privatized water companies to turn the water back on in low-income households in major urban areas so that poor people—whose water supply had been shut off because they were too poor to pay their bill—could have access to the intervention most likely to keep them and their loved ones safe from the virus.

The exclamation mark to this editorial comes in the context of monitoring and prevention—two essential public health pillars—as we go forward, learning to live with COVID-19. University of Waterloo water scientist Professor Mark Servos has been the primary architect working with an amazing Canadian team now supporting our capacity to monitor COVID-19 virus in wastewater (Chik et al., 2021).

Achieving Sustainable Development Goal 3, health and well-being for all by 2030, requires recognition that all health is global health, all global health is public health, and the more things change, the more they stay the same. In other words, we need to learn from history. I look forward to seeing more space in CJPH taken up with research, policy and practice pieces exemplifying these mantras, particularly as Canadian global health researchers are in this space, and more so as their way of doing business takes on the fundamental foundation of a commitment to equity. This is the topic of the invited commentary by Plamondon and Neufeld (this issue; Plamondon & Neufeld, 2022) through the explication of the principles (<https://cagh-acsm.org/en/ressources/ccghr-principles-global-health-research>) developed by the Canadian Coalition for Global Health Research (now the Canadian Association for Global Health), recently enshrined in the newly released CIHR Strategic Plan (<https://cihr-irsc.gc.ca/e/52503.html>).

Susan J. Elliott
Senior Editor, Global Health, CJPH

Éditorial

Je suis professeure de géographie médicale/sanitaire depuis plus de 30 ans, et j'enseigne l'environnement mondial et la santé publique à mes étudiants. Je ne l'ai peut-être pas toujours appelé ainsi, mais c'est bien de quoi il s'agit. Et au fil des ans, je martèle sans relâche trois mantras : toute la santé est mondiale; la santé mondiale est publique; et plus ça change, plus c'est la même chose. La pandémie actuelle (oui, actuelle) de COVID-19 a prouvé la véracité de ces mantras et aidé mes étudiants à voir que oui, on apprend *vraiment* des choses durant mes cours (ouff!).

Géographes et historiens ont beaucoup en commun : ils étudient les relations entre les humains et leurs milieux de vie,

de travail et de loisirs — soit dans l'espace, soit dans le temps. Les géographes médicaux enseignent d'abord leur discipline en jetant un regard historique sur la santé et la maladie. Beaucoup s'inspirent particulièrement de John Snow, considéré comme le grand-père de l'épidémiologie, mais aussi de la géographie médicale, car il a été le premier à se demander : pourquoi ne pas mettre sur une carte les incidences de la mortalité due au choléra (à Londres vers 1850) pour voir si elles dessinent une tendance, puis voir si cette tendance indique une cause ou un facteur déterminant? (Johnson, 2006). Et comme de nombreux historiens, les géographes médicaux se tournent parfois vers la fiction historique pour divertir leurs étudiants avec des concepts et des idées qui expliquent les tendances et les processus à l'origine de la santé et de la maladie. La géographe médicale que je suis cite souvent l'un des livres les plus romantiques jamais écrits — *L'Amour au temps du choléra* de Gabriel Garcia Marquez (Garcia Marquez, 2003; qui est selon IMDB la source de l'une des scènes d'amour les plus romantiques jamais filmées) — qui fait la démonstration du concept de diffusion des maladies infectieuses; certaines de ces perceptions sont encore manifestes durant la pandémie de COVID-19 en ce qui a trait aux restrictions mondiales des déplacements. J'admets qu'elles étaient légèrement différentes à l'époque : pour le choléra du roman de Garcia Marquez, un navire dans le canal de Panama vers 1850 ne pouvait pas se rendre au port tant que le drapeau jaune n'était pas abaissé, signe qu'il n'y avait plus de choléra à bord, soit parce que les malades étaient guéris, soit (plus probablement) parce qu'ils étaient morts et que leurs cadavres avaient été jetés par-dessus bord. Mais le concept reste le même.

À quelques exceptions près (Atiim & Elliott, 2016), nous pensions avoir franchi la 5^e étape de la transition épidémiologique (si vous n'avez jamais regardé la vidéo de Hans Rosling, *200 Countries, 200 Years, 4 Minutes*, vous manquez quelque chose! www.youtube.com/watch?v=jbkSRLYSojo), mais nous nous rendons maintenant compte que la santé mondiale est sens dessus dessous : les maladies infectieuses redeviennent une priorité de santé publique dans le monde entier, Y COMPRIS DANS LE MONDE DÉVELOPPÉ, tandis que dans les pays en développement, nous continuons d'assister à la montée des maladies non transmissibles comme le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et les AVC (Gouda et al., 2019). Cela veut-il dire que ces pays en développement sont maintenant développés? Ou que toute la santé est mondiale?

En raison de la mondialisation en général, nous voyons aujourd'hui apparaître ces changements de la santé publique et des populations dans toutes les parties du monde. Et nous voyons aussi, comme Sir Michael Marmot nous l'a enseigné il y a plusieurs dizaines d'années (Wilkinson & Marmot, 2003), que les principaux facteurs de santé des populations sont les déterminants sociaux de la santé et non pas l'accès aux établissements physiques de soins de santé. Cela aussi est

mondial; nos voisins du monde en développement ont autant besoin que nous de soutien social, de moins de stress, d'une bonne sécurité d'emploi et de plus de ressources pour la petite enfance. Toute la santé est mondiale, et toute la santé mondiale est publique.

Enfin, plus ça change, plus c'est la même chose. Edwin Chadwick lui-même (Fee & Brown, 2005) a lutté pour l'accès des populations urbaines à l'assainissement et à l'eau potable, et ce sont ces facteurs et non pas l'accès aux vaccins et aux médicaments (McKeown, 2014) qui ont infléchi la courbe de santé des populations. Et quand la COVID-19 a frappé le monde en 2019, l'accès à l'eau — pour nous laver les mains et juguler la propagation du virus — est devenu primordial, et la pandémie a braqué les projecteurs sur les inégalités existantes dans l'accès à l'eau potable. Pas seulement dans le monde en développement : aux États-Unis d'Amérique, 90 grandes villes ont dû se dépêcher d'édicter des lois pour forcer les compagnies des eaux privatisées à rétablir l'alimentation en eau des ménages à faible revenu dans les grandes agglomérations urbaines pour que les pauvres — dont l'eau avait été coupée parce qu'ils étaient trop pauvres pour payer leur facture — aient accès au bien le plus susceptible de les préserver du virus, eux et leurs proches.

Le point d'exclamation de mon éditorial s'inscrit dans le contexte de la surveillance et de la prévention — deux piliers essentiels de la santé publique — maintenant que nous apprenons à vivre avec la COVID-19. Le professeur Mark Servos de l'Université de Waterloo, un scientifique du domaine de l'eau, est le principal architecte à travailler avec la formidable équipe canadienne qui nous permet aujourd'hui de surveiller le virus de la COVID-19 dans les eaux d'égout (Chik et al., 2021).

L'atteinte de l'Objectif de développement durable numéro 3, la bonne santé et le bien-être pour tous à l'horizon 2030, exige que nous reconnaissons que toute la santé est mondiale, que toute la santé mondiale est publique, et que plus ça change, plus c'est la même chose. Autrement dit, nous devons tirer des leçons du passé. J'ai hâte de voir des articles sur la recherche, les politiques et les pratiques illustrant ces mantras occuper plus d'espace dans la RCSP, surtout qu'il y a des chercheurs en santé mondiale canadiens dans cet espace, et d'autant plus que leurs façons de faire se basent largement sur un engagement envers l'équité. C'est le thème du commentaire sollicité de Plamondon et Neufeld (dans ce

numéro; Plamondon & Neufeld, 2022), qui explique les principes (<https://cagh-acsm.org/fr/ressources/principes-de-recherche-en-sante-mondiale-ccrsm>) élaborés par la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale (aujourd'hui l'Association canadienne pour la santé mondiale) et récemment enchâssés dans le Plan stratégique que viennent de publier les Instituts de recherche en santé du Canada (<https://cihr-irsc.gc.ca/f/52503.html>).

Susan J. Elliott

Rédactrice scientifique adjointe, Santé globale, RCSP

References/Références

- Atiim, G. A., & Elliott, S. J. (2016). The global epidemiologic transition: Noncommunicable diseases and emerging health risk of allergic disease in Sub-Saharan Africa. *Health Education & Behavior, 41*(1S), 37S–55S. <https://doi.org/10.1177/1090198115606918>
- Chik, A. H. S., Glier, M. B., Servos, M., Mangat, C. S., Pang, X.-L., Qiu, Y., D'Aoust, P. M., Bumet, J.-B., Delatolla, R., Dorner, S., Geng, Q., Giesy Jr., J. P., McKay, R. M., Mulvey, M. R., Prystajecy, N., Srikanthan, N., Xie, Y., Conant, B., et al. (2021). Comparison of approaches to quantify SARS-CoV-2 in wastewater using RT-qPCR: Results and implications from a collaborative inter-laboratory study in Canada. *Journal of Environmental Sciences, 107*, 218–229.
- Fee, E., & Brown, T. (2005). Public health classics: The Public Health Act of 1848. *Bulletin of the World Health Organization, 83*(11), 866–867.
- Gouda, H. N., Charlson, F., Sorsdahl, K., Ahmadzada, S., Ferrari, A. J., Erskine, H., et al. (2019). Burden of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa, 1990 – 2017: Results from the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Global Health, 7*(10), e1375–e1387. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30374-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30374-2)
- Johnson, S. (2006). *The ghost map*. Penguin Books.
- Garcia Marquez, G. (2003). *Love in the time of cholera*. Knopf Doubleday.
- McKeown, T. (2014). *The role of medicine: Dream, mirage or nemesis?* Princeton University Press.
- Plamondon, K., & Neufeld, V. (2022). Are we there yet? Principles in advancing equity through global public health research. *Canadian Journal of Public Health, 113*(2).
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *The social determinants of health: The solid facts*. World Health Organization.

Publisher's note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.