



## COP26: what is the message for public health?

### CdP-26 : quel est le message pour la santé publique?

Jeffrey Masuda<sup>1</sup> · Lindsay McLaren<sup>2,3</sup> · Blake Poland<sup>4</sup>

Published online: 31 January 2022

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

From October 31 to November 12, 2021, Glasgow, Scotland, hosted the 26th United Nations Climate Change conference, known as Conference of the Parties (COP) 26. Expectations were at an all-time high as this negotiation was widely seen to be the last best chance for governments to come to an agreement that would hold global temperature increases to 1.5° Celsius in accordance with the 2015 Paris Agreement. In an effort to ensure that the Paris Agreement's commitment for a “right to health” would be meaningfully implemented in the pact, the World Health Organization-hosted Pavilion saw 10 days of presentations and discussions dedicated to placing health and equity “at the centre of climate negotiations” (World Health Organization [WHO], 2021; p.VIII).

Yet, to the dismay of many in the public health community, the final outcome of COP26 was largely devoid of substantive content with regard to the public health dimensions of climate change. In fact, “health” only appears once in the final COP26 pact, and only then in reference to healthcare institutions committing to reduce emissions by half by 2030. Such a paucity of recognition was particularly ironic given that COP26 had already been postponed by a year due to the COVID-19 pandemic, which itself has been inextricably linked with

ecological change (Poland & Ziolo, 2021; Wu, 2021; Canadian Public Health Association, 2015).

While the ecological crisis of the COVID-19 pandemic ought to bolster the relevance of public health within global climate discussions, it seems that in the present moment, the tendency is to have only one eye open. Rather than expanding our remit, COVID-19 has narrowed the government's agenda and dominated public health system capacity even while population-level health impacts of a changing climate are unfolding before our eyes. We need both eyes to see the full picture. Furthermore, we need a global perspective more than ever. While climate events like atmospheric rivers washing out highways and flooding farms in BC are having tremendous significance locally, such climate events pale in comparison to droughts and flooding across the Global South that are devastating large populations of people in the form of famines, forced migration, and political conflict (Leal Filho et al., 2021; Kelley et al., 2015; Chowdhury et al., 2020). Barbados Prime Minister Mia Mottley (2021) posed the question most succinctly at COP26, “Can there be peace and prosperity in one third of the world if two thirds are under siege and facing calamitous threats to their well-being?”

What should we make of this double lacuna toward the public health dimensions of the climate crisis and toward the ecological basis of the COVID-19 crisis? We offer three propositions that may move the conversation forward.

The first speaks to our principles. It seems clear that we need to do a better job of walking the talk when it comes to a core principle of a socioecological approach to public health. Unfortunately, both the proximal discussions of incremental, industry-centred focused solutions that dominate climate change discourse and the equally incremental, pharmaceutical-centred solutions that dominate COVID-19 discourse suggest we have a long way to go. What is missing is a structural critique of the underlying systems that produce crisis in the first place, that is, the antecedent causes of the causes (Commission

---

✉ Jeffrey Masuda  
jeffmasuda@uvic.ca

<sup>1</sup> School of Public Health and Social Policy, University of Victoria, Victoria, BC, Canada

<sup>2</sup> Department of Community Health Sciences, University of Calgary, Calgary, AB, Canada

<sup>3</sup> Canadian Centre for Policy Alternatives (National Office), Ottawa, ON, Canada

<sup>4</sup> Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

on Social Determinants of Health [CSDH], 2008) that might get us toward a structural whole-of-society *transformation*.

We refer specifically to the need to shift away from a global political economic system that, over the past 400 years, and certainly after the advent of fossil-fueled capitalism in the past century, has manifested as a regime of obstruction (Carroll, 2021) in Canada and across the globe to maintain an unsustainable status quo of perpetual economic growth. Undoing the path dependency that global capitalism has put us on—one that has literally colonized the planet—requires that we direct focus on the inequitable distribution of power that, while global in reach, has been highly localized in function and consequence. That power, which coincides with the highest carbon-emitting nations of the world, has served to accumulate unsustainable wealth through the dispossession of the world's poor from their own lands, resources, and traditions (Lee & Masuda, 2021).

The second proposition speaks to our allegiances. Put plainly, principles of equity that are so central to public health are fundamentally incompatible with our institutional positioning within the very capitalist systems that we might see as the culprit in the global ecological crisis. It needs to be emphasized that public health's core *modus operandus*, risk management, is by design conservative in nature: it is about managing the fallout of existing systems without fundamentally challenging those systems, and it emphasizes the kind of resilience that is about bouncing back from adversity in a manner that returns us to a highly inequitable normal. This is perhaps not surprising: an emphasis on transformative change and the capacity to bounce forward to new ways of thinking and doing would be out of step with the political masters to which public health is, by virtue of being a publicly funded institution, largely beholden. Not that brave public health leaders have not spoken truth to power, during the pandemic as well as before, on this and other issues. But we need to do more, and that includes deep reflection on our ongoing inability to commit to fundamentally different, that is decolonizing, forms of practice inherent within Indigenous public health (Lewis et al., 2020). Rather than doing risk management better to respond to the escalating fallout of the dominant system, we need to be doing better things, such as hastening and supporting the transition to a low-carbon "Symbiocene", "bouncing forward" to new ways of seeing and doing that reflect a relational worldview, working with unusual allies to champion racial/climate justice, community-centred resilience, relocalization, and more (Poland et al., 2020).

The third proposition speaks to our preparations, and particularly the need to prepare the public health workforce for a more ecologically centred practice suited to the challenges that are now upon us. Although post-secondary education and training programs in public health have proliferated over the past two decades following the last pandemic, i.e., SARS (Massé & Moloughney, 2011), recent analysis shows significant omissions (Yassi et al., 2019) and institutional apathy (Castleden et al., 2020) when it comes to social, ecological, and colonial

determinants and dimensions of well-being and health equity. This finding is striking, given that social and ecological determinants of health have been positioned centrally in public health concepts for nearly a half-century (WHO, 1986; CSDH, 2008). Yet, the double exclusion of public health silence in COP26 and of ecologically focused actions in the response to COVID-19 (Hancock et al., 2020) belies such a legacy. It reflects a training-to-practice gap created by the pressure to produce job-ready graduates that limits the inclination (among students as much as educators) to go very far in terms of political economy, political ecology, degrowth, Indigenous ways of knowing, doughnut economics (Raworth, 2017), feminist ethics of care, deep adaptation, sustainability transitions, or peak oil. To be frank, while we observe that such topics are sought after by more and more students in our programs, most public health jobs rarely encompass any of these domains of action. As pointed out by Hancock and McLaren (2021), public health still "plays into the hands of the critics who have always wanted to curtail public health to a biomedical focus on communicable diseases; to have us 'stay in our lane' and not discuss economic and social injustice or ecological limits" (p. 792).

To conclude, our ongoing failure to align our principles, our allegiances, and our preparations to the existential ecological crises we face today will ultimately lead to the further deterioration of our relevance, far beyond COP26. Relinquishing our commitment to social and ecological justice contributes to a pernicious tendency, by members of the public, politicians, and indeed many within our public health communities, to conflate health and healthcare, and to fail to make the connection between health and its broader contexts and determinants (The Lancet, 2019; McLaren & Hennessy, 2020). We invite, and indeed plead for, broader discussion from and with our communities around "equity-focused and decolonizing public health actions that prevent, mitigate, and recover from climate and other ecological impacts in ways that promote health and sustainability from community to planetary levels" (Canadian Journal of Public Health, n.d.).

Jeff Masuda, CJPH Senior Editor; School of Public Health and Social Policy, University of Victoria

Lindsay McLaren, CJPH Senior Editor; Department of Community Health Sciences, University of Calgary; Canadian Centre for Policy Alternatives

Blake Poland, CJPH Associate Editor; Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto

## Éditorial

Du 31 octobre au 12 novembre 2021, la ville de Glasgow, en Écosse, a accueilli la 26<sup>e</sup> Conférence des Parties à la

Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, ou CdP-26. Les attentes étaient plus élevées que jamais, cette négociation étant généralement perçue comme la dernière grande chance pour les gouvernements de s'entendre sur le maintien des hausses de la température mondiale à 1,5 degré Celsius comme convenu dans l'Accord de Paris de 2015. Pour que l'engagement de l'Accord de Paris en faveur d'un « droit à la santé » soit véritablement appliqué dans le pacte, le Pavillon de la santé de l'OMS a consacré 10 jours de présentations et de discussions à placer la santé et l'équité « au centre des négociations sur le climat » (World Health Organization [WHO], 2021; p.VIII).

Pourtant, au grand désespoir de nombreux membres de la communauté de la santé publique, la CdP-26 s'est soldée dans une large mesure par l'absence de contenu substantiel quant aux aspects sanitaires de la lutte contre les changements climatiques. En fait, le mot « santé » ne figure qu'une seule fois dans le pacte de Glasgow, et seulement en lien avec l'engagement des établissements de soins de santé à réduire leurs émissions de moitié d'ici 2030. Une reconnaissance aussi ténue est particulièrement ironique, sachant que la CdP-26 avait déjà été repoussée d'un an en raison de la pandémie de COVID-19, elle-même inextricablement liée aux changements écologiques (Poland & Ziolo, 2021; Wu, 2021; Canadian Public Health Association, 2015).

La crise écologique de la pandémie de COVID-19 aurait dû rendre la santé publique encore plus pertinente dans les discussions mondiales sur le climat, mais il semble que pour l'instant, la tendance est de n'ouvrir qu'un œil. Au lieu d'élargir les attributions de la santé publique, la COVID-19 a rétréci le programme d'action du gouvernement et dominé la capacité du système de santé publique, alors même que les effets sanitaires des changements climatiques sur les populations se déploient devant nos yeux. Nous avons besoin de nos deux yeux pour voir la situation dans son ensemble. Nous avons aussi plus que jamais besoin d'une perspective mondiale. Des phénomènes climatiques comme les rivières atmosphériques qui ont emporté des routes et inondé des fermes en Colombie-Britannique sont d'une très grande importance localement, mais ces phénomènes font piètre figure face aux sécheresses et aux inondations dans les pays du Sud, qui ont des conséquences dévastatrices pour les populations : famines, migrations forcées et conflits politiques (Leal Filho et al., 2021; Kelley et al., 2015; Chowdhury et al., 2020). C'est la première ministre de la Barbade, Mia Mottley (2021), qui a posé la question le plus succinctement à la CdP-26 : « Peut-il y avoir paix et prospérité si un tiers du monde vit dans la prospérité et que les deux tiers vivent sous les mers et font face à des menaces catastrophiques pour notre bien-être? »

Que penser de cette double lacune, face aux aspects sanitaires de la lutte contre les changements climatiques et face aux fondements écologiques de la crise de la COVID-

19? Nous suggérons trois propositions pour faire avancer le débat.

La première porte sur nos principes. Il semble clair que nous ne joignons pas le geste à la parole sur un principe fondamental : celui d'une approche socioécologique de la santé publique. Malheureusement, tant les discussions proximales de solutions progressives axées sur l'industrie, qui dominent le discours sur les changements climatiques, que les solutions pharmaceutiques, tout aussi progressives, qui dominent le discours sur la COVID-19 montrent que nous avons un long chemin à parcourir. Ce qui manque, c'est une critique structurelle des systèmes sous-jacents à l'origine de la crise, autrement dit, des causes antécédentes des causes (Commission on Social Determinants of Health [CSDH], 2008) qui pourraient nous conduire à une *transformation* structurelle de toute la société.

Nous faisons spécifiquement référence au besoin de nous éloigner du système politico-économique mondial qui, depuis 400 ans et certainement depuis l'avènement du capitalisme des 100 dernières années, alimenté par les combustibles fossiles, se manifeste par un régime d'obstruction (Carroll, 2021), au Canada et dans le monde, pour maintenir le statu quo intenable d'une croissance économique perpétuelle. Pour nous défaire de la « dépendance envers la voie choisie » imposée par le capitalisme mondial—une voie qui a littéralement colonisé la planète—nous devons porter attention à la distribution inéquitable du pouvoir qui, bien que de portée mondiale, est très localisée dans son fonctionnement et ses conséquences. Ce pouvoir, concentré dans les pays qui émettent le plus de carbone, a servi à accumuler une richesse non durable en dépossédant les pauvres de leurs terres, de leurs ressources et de leurs traditions (Lee & Masuda, 2021).

La deuxième proposition porte sur nos allégeances. À dire bien franchement, les principes d'équité si importants pour la santé publique sont fondamentalement incompatibles avec le positionnement de nos institutions au sein de ces mêmes systèmes capitalistes en qui nous voyons les coupables de la crise écologique mondiale. Il faut souligner la gestion des risques – qui est le mode de fonctionnement de base de la santé publique – est conservatrice de nature : elle vise à gérer les retombées des systèmes existants sans vraiment les remettre en cause, et elle met l'accent sur le genre de résilience qui consiste à se remettre rapidement de l'adversité et à revenir à la situation normale, si inéquitable soit-elle. Il ne faut pas s'en étonner : un accent sur le changement transformateur et sur la capacité de saisir au bond de nouvelles façons de penser et de faire les choses serait en décalage avec la volonté des maîtres politiques auxquels la santé publique est en grande mesure redevable en tant qu'institution subventionnée par l'État. Bien sûr, de braves responsables de la santé publique ont donné l'heure juste aux tenants du pouvoir, durant la pandémie et avant, sur cette question et sur d'autres. Mais nous devons faire plus, et notamment réfléchir sérieusement

à notre incapacité continue de souscrire aux formes de pratique fondamentalement différentes, c'est-à-dire décolonisantes, inhérentes à la santé publique autochtone (Lewis et al., 2020). Au lieu d'améliorer notre gestion des risques pour faire face aux retombées grandissantes du système dominant, nous devons faire de meilleures choses, comme de hâter et d'appuyer la transition vers un « Symbiocène » sobre en carbone, de « saisir au bond » de nouvelles façons de voir et de faire qui reflètent une vision relationnelle du monde, de travailler avec des alliés inhabituels pour défendre la justice raciale/climatique, la résilience centrée sur la communauté, la relocalisation et plus (Poland et al., 2020).

La troisième proposition porte sur nos préparatifs, en particulier sur le besoin de préparer la main-d'œuvre en santé publique pour une pratique plus centrée sur l'écologie, mieux adaptée aux difficultés qui nous attendent. Les programmes d'enseignement et de formation postsecondaires en santé publique prolifèrent depuis la dernière pandémie, celle du SRAS, il y a 20 ans (Massé & Moloughney, 2011), mais des analyses récentes font état d'omissions importantes (Yassi et al., 2019) et de l'apathie des institutions (Castleden et al., 2020) lorsqu'il s'agit des déterminants et des aspects sociaux, écologiques et coloniaux du bien-être et de l'équité en santé. Ces constatations sont frappantes, sachant que les déterminants sociaux et écologiques de la santé sont des notions centrales de la santé publique depuis près d'un demi-siècle (WHO, 1986; CSDH, 2008). Pourtant, la double exclusion que représentent le silence sur la santé publique pendant la CdP-26 et l'absence de mesures axées sur l'écologie dans la riposte à la COVID-19 (Hancock et al., 2020) dément un tel héritage. C'est le signe d'un fossé entre la formation et la pratique, créé par la pression de produire des diplômés prêts pour le marché du travail, qui limite la tendance (chez les étudiant-es comme chez les enseignant-es) à aller plus loin en matière d'économie politique, d'écologie politique, de décroissance, de modes de savoir autochtones, de théorie économique du « doughnut » (Raworth, 2017), d'éthique féministe des soins, d'adaptation profonde, de transitions durables ou de pic pétrolier. À vrai dire, même si nous observons que ces sujets intéressent de plus en plus d'étudiant-es de nos programmes, la plupart des emplois en santé publique touchent rarement à ces domaines d'action. Comme l'ont fait remarquer Hancock and McLaren (2021), la santé publique fait encore « le jeu des critiques qui ont toujours voulu la réduire à une focalisation biomédicale sur les maladies transmissibles et qui souhaitent que nous "restions dans notre voie" au lieu de parler des injustices économiques et sociales ou des limites écologiques » (p. 794).

En conclusion, notre incapacité permanente d'harmoniser nos principes, nos allégeances et nos préparatifs avec les crises écologiques existentielles qui nous attendent nous mènera, à terme, à une nouvelle diminution de notre pertinence bien au-

delà de la CdP-26. Le renoncement à notre engagement envers la justice sociale et écologique alimente la tendance pernicieuse, chez les personnes du public, dans la classe politique et même chez beaucoup de membres de nos communautés de la santé publique, de confondre la santé et les soins de santé et de ne pas faire le lien entre la santé, ses contextes plus larges et ses déterminants (The Lancet, 2019; McLaren & Hennessy, 2020). Nous appelons avec insistance à un débat plus large, dans et avec nos communautés, sur « des mesures de santé publique axées sur l'équité et la décolonisation pour prévenir et atténuer les impacts climatiques et autres impacts écologiques, et pour nous en remettre, d'une manière qui favorise la santé et la durabilité, de l'échelon local à l'échelle planétaire » (Canadian Journal of Public Health, n.d.).

Jeff Masuda, Rédacteur scientifique adjoint, RCSP; School of Public Health and Social Policy, University of Victoria

Lindsay McLaren, Rédactrice scientifique adjointe, RCSP; Department of Community Health Sciences, University of Calgary; Canadian Centre for Policy Alternatives

Blake Poland, Rédacteur associé, RCSP; Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto

## References/Références

- Canadian Journal of Public Health (n.d.). Call for papers related to public health, climate change, and ecological futures (open-ended). <https://www.springer.com/journal/41997/updates/18965522>
- Canadian Public Health Association. (2015). *Global change and public health: Addressing the ecological determinants of health*. [https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/edh-discussion\\_e.pdf](https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/edh-discussion_e.pdf)
- Carroll, W. K. (Ed.). (2021). *Regime of obstruction: How corporate power blocks energy democracy*. Athabasca University Press.
- Castleden, H., Lin, J., & Darrach, M. (2020). The public health emergency of climate change: How/are Canadian post-secondary public health sciences programs responding? *Canadian Journal of Public Health, 111*(6), 836–844.
- Chowdhury, M. A., Hasan, M. K., Hasan, M. R., & Younos, T. B. (2020). Climate change impacts and adaptations on health of internally displaced people (IDP): An exploratory study on coastal areas of Bangladesh. *Heliyon, 6*(9), e05018.
- Commission on Social Determinants of Health [CSDH] (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Hancock, T., Kershaw, P., McLaren, L., MacDonald, J., Turner, S., & Jackson, S. F. (2020). There is much more to public health than COVID-19. *Healthydebate Opinions*. <https://healthydebate.ca/opinions/more-to-public-health-than-covid>
- Hancock, T., & McLaren, L. (2021). Putting the horse back in front of the cart: A critical reflection on the CIHR-IPPH dialogue on the future of Canada's public health systems. *Canadian Journal of Public Health, 112*(5), 791–796.

- The Lancet (2019). Health and climate change: Making the link matter [editorial]. *Lancet*, 394(10211), 1780. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32756-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32756-4)
- Kelley, C. P., Mohtadi, S., Cane, M. A., Seager, R., & Kushnir, Y. (2015). Climate change in the Fertile Crescent and implications of the recent Syrian drought. *Proc Natl Acad Sci*, 112(11), 3241–3246.
- Leal Filho, W., Matandirotya, N. R., Lütz, J. M., Alemu, E. A., Brearley, F. Q., Baidoo, A. A., & Mbih, R. A. (2021). Impacts of climate change to African indigenous communities and examples of adaptation responses. *Nat Commun*, 12(1), 1–4.
- Lee, E. Y., & Masuda, J. (2021). The ‘freedom’ to pollute? An ecological analysis of neoliberal capitalist ideology, climate culpability, life-style factors, and population health risk in 124 countries. *Canadian Journal of Public Health*, 112(5), 877–887.
- Lewis, D., Williams, L., & Jones, R. (2020). A radical revision of the public health response to environmental crisis in a warming world: Contributions of Indigenous knowledges and Indigenous feminist perspectives. *Canadian Journal of Public Health*, 111(6), 897–900.
- Massé, R., & Moloughney, B. (2011). New era for schools and programs of public health in Canada. *Public Health Rev*, 33(1), 277–288.
- McLaren, L., & Hennessy, T. (2020). A broader vision of public health. *The Monitor*, 27(5), 16–21 <https://www.policyalternatives.ca/publications/monitor/broader-vision-public-health>
- Mottley, M. (2021). WLS - Opening ceremony, remarks by Mia Amor Mottley, Prime Minister of Barbados, November 1. [https://unfccc.int/sites/default/files/resource/BARBADOS\\_cop26cmp16cma3\\_HLS\\_EN.pdf](https://unfccc.int/sites/default/files/resource/BARBADOS_cop26cmp16cma3_HLS_EN.pdf)
- Poland, B., Parkes, M. W., Hancock, T., McKibbin, G., & Chircop, A. (2020). A changing role for public health in the Anthropocene: The contribution of scenario thinking for reimagining the future. In K. Zywert & S. Quilley (Eds.), *Health in the Anthropocene: Living well on a finite planet* (pp. 172–190). University of Toronto Press. Retrieved from <https://utorontopress.com/ca/health-in-the-anthropocene-2>
- Poland, B., & Ziolo, M. (2021). Environment and COVID-19: Unpacking the links. In G. J. Andrews, V. A. Crooks, J. R. Pearce, & J. P. Messina (Eds.), *COVID-19 and similar futures: Pandemic geographies* (pp. 213–223). Springer. Retrieved from <https://www.springer.com/gp/book/9783030701789>
- Raworth, K. (2017). *Doughnut economics: Seven ways to think like a 21st-century economist*. Vermont: Chelsea Green Publishing.
- World Health Organization. (2021). *The health argument for climate action: COP26 special report on climate change and health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. World Health Organization.
- Wu, T. (2021). The socioeconomic and environmental drivers of the COVID-19 pandemic: A review. *Ambio*, 50(4), 822–833.
- Yassi, A., Lockhart, K., Gray, P., & Hancock, T. (2019). Is public health training in Canada meeting current needs? Defrosting the paradigm freeze to respond to the post-truth era. *Crit Public Health*, 29(1), 40–47.

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