



Speech-Language & Audiology Canada
Orthophonie et Audiologie Canada
Communicating care | La communication à coeur

Exposé de position d'OAC

Le rôle des orthophonistes par rapport à la communication améliorée et alternative (CAA)

Orthophonie et Audiologie Canada
#1000-1 rue Nicholas St.
Ottawa, ON K1N 7B7
613.567.9968
1.800.259.8519
info@sac-oac.ca
www.sac-oac.ca

mars 2015

© 2015, OAC

C'est Orthophonie et audiologie Canada qui détient le droit d'auteur. Il est interdit de réimprimer, reproduire, mettre en mémoire pour extraction, transcrire de quelque façon que ce soit (électroniquement, mécaniquement, par photocopie ou autrement) une partie quelconque de cette publication sans l'autorisation écrite d'OAC. Contacter pubs@sac-oac.ca. Les citations doivent mentionner la référence complète (OAC, nom de la publication, titre de l'article, volume, numéro et pages).

Membres du comité

1. Ben Adaman, M.Sc.A., Orthophoniste, Président
2. Karen Derry, M.Sc., RSLP, O(C)
3. Sharon Lenz, M.Sc., R. SLP, O(C)
4. Anne MacCallum, M.Sc., RSLP, O(C)
5. Lois Turner, M.S., RSLP, O(C)
6. Bill Wallace, M.Sc., O(C)
7. Carla Di Gironimo, M.S., O(C), CCC-SLP,
Directrice de l'orthophonie et des normes professionnelles d'OAC et liaison professionnelle

Un exposé de position représente l'orientation qu'OAC a prise sur un sujet ou propose des lignes directrices pour des domaines particuliers de la pratique. Ces positions ont une dimension temporelle et représentent la pensée de l'Association à un moment particulier.

Position

Orthophonie et Audiologie Canada (OAC) soutient la position que tous les orthophonistes, peu importe leur milieu de pratique, devraient avoir une connaissance de base des outils et des stratégies de communication améliorée et alternative (CAA) pouvant répondre aux besoins de communication expressive et réceptive de leurs clients. Tous les orthophonistes devraient être prêts à appliquer leurs connaissances des stratégies de CAA lors de l'évaluation et de l'intervention. Les orthophonistes ont également la responsabilité de soumettre une consultation à des services spécialisés en CAA au besoin.

Même si elle reconnaît que certaines interventions en matière de CAA font recours à une technologie complexe et nécessitent l'accès à des spécialistes, OAC préconise l'accès à des services spécialisés et interprofessionnels en CAA partout au Canada de façon que tous les clients, peu importe leurs besoins, reçoivent des services adéquats.

Justification

La communication est essentielle pour la participation aux activités de la vie, y compris les activités sociales, l'apprentissage et la pratique professionnelle, toute la durée de la vie. Les outils et stratégies de CAA peuvent contribuer de façon importante pour permettre aux personnes avec une parole limitée ou sans parole de vivre une vie indépendante, digne et correspondante à leurs capacités et désirs.

Comme les personnes nécessitant une communication améliorée et alternative constituent une population hautement diversifiée mais à faible incidence (Beukelman et Mirenda, 2012a), la CAA est un domaine de l'orthophonie qui demeure relativement peu connu de nombreux orthophonistes. Les étudiants en orthophonie reçoivent souvent un enseignement ou une formation limités en CAA (Hurtig, 2013). Par conséquent, de nombreux orthophonistes indiquent se sentir mal à l'aise ou manquer de confiance quand ils évaluent une personne nécessitant une CAA (Marvin, Montano, Fusco, et Gould, 2003; Dietz, Quach, Lund, et McKelvey, 2012).

Les orthophonistes généralistes peuvent trouver qu'ils participent de plus en plus souvent à des interventions en CAA en raison de certains facteurs convergents. Premièrement, les initiatives nationales et internationales pour accroître l'inclusivité de la société continuent de s'activer. La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées reconnaît l'importance d'assurer l'accès à un moyen de communication efficace, y compris la CAA. Il existe maintenant au Canada des lois sur l'accessibilité qui portent particulièrement sur les besoins en matière de communication. Par exemple, la *Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario* entérine des normes sur l'accessibilité s'appliquant tant aux organismes publics que privés pour faire en sorte que tous les résidents aient un accès égal à l'information, peu importe leur handicap. Au Manitoba, une loi semblable, la *Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains*, est entrée en vigueur en 2013.

Des tentatives de cibler les barrières à la participation d'origine organisationnelle et autres ont accompagné ces changements aux lois. Par exemple, Accès Troubles de la Communication Canada (fr.cdacanada.com), un organisme national à but non lucratif qui fait valoir les droits de la personne et l'accessibilité pour les personnes avec des troubles de la communication, a créé en réponse aux besoins documentés (Collier, Blackstone, et Taylor, 2012) des initiatives visant à aider les entreprises et organisations à devenir plus accessibles pour les personnes avec un trouble de la communication, y compris l'accès aux services essentiels comme les services juridiques.

De plus, dans les milieux des soins de santé, on reconnaît de plus en plus que la communication efficace entre le prestataire de soins et la personne recevant ces soins est essentielle pour la sécurité des patients et la qualité des soins. Une étude récente a déterminé que les patients

hospitalisés qui présentent un trouble de la communication sont trois fois plus susceptibles que les personnes sans trouble de vivre un événement médical indésirable évitable, menant à des prolongements du séjour à l'hôpital, des réadmissions et autres conséquences négatives (Bartlett, Blais, et Tamblyn, 2008). L'organisme Joint Commission, le plus vaste organisme d'agrément des hôpitaux des États-Unis, tient maintenant compte de la communication efficace entre patients et prestataires de soins, y compris l'accès à des systèmes de CAA à tous les points du continuum de soins, en tant que critère d'agrément (Joint Commission, 2010).

Parallèlement, la nouvelle utilisation d'une technologie de communication connue du grand public et relativement abordable, notamment les tablettes électroniques et les téléphones intelligents, en tant qu'appareils générateurs de parole a transformé le monde de la CAA. Jusqu'à tout récemment, le coût d'un générateur de parole était inabordable pour de nombreuses familles. Aujourd'hui, les personnes utilisant la CAA, ainsi que leurs familles, peuvent souvent se permettre d'acheter une tablette électronique et un logiciel de communication de façon indépendante. Cette nouvelle réalité a mené à une augmentation du nombre de personnes ayant accès à un système de CAA haute technologie (Niemeijer, Gosnell Caron, Marden, et Shaham, 2012). Or, elle pose un nouveau défi pour les orthophonistes: ces derniers ne contribuent dorénavant plus à déterminer qui aurait accès à un financement pour un générateur de parole dans la même mesure qu'ils ne le faisaient dans le passé. Ce changement peut être vu par les familles comme un élargissement de leur pouvoir de décision, mais il augmente aussi le risque que la technologie soit choisie en l'absence d'une évaluation ou d'une planification de l'intervention appropriées. Peu importe les options technologiques disponibles ou leur coût, on ne saurait trop insister sur l'importance d'une prise de décision clinique consciencieuse.

Compte tenu de la demande croissante et de la reconnaissance du rôle que peut jouer la CAA pour accroître la participation aux activités de la vie, il existe maintenant un besoin urgent de fournir à tous les orthophonistes des lignes directrices établissant leur rôle quand aux interventions en matière de CAA.

Contexte

L'intervention en CAA est appropriées pour les personnes qui n'ont pas de parole fonctionnelle soit de façon permanente (Millar, Light, et Schlosser, 2006) ou temporaire (Hurtig et Downey, 2009). Les outils et stratégies de CAA peuvent aider une personne à communiquer avec succès tout en recevant de la thérapie visant à rétablir la parole naturelle (Weissling et Prentice, 2010).

L'utilisation de stratégies et d'outils de CAA peut avoir de nombreux avantages potentiels pour les personnes dont les besoins de communication ne sont pas remplis par la parole à elle-seule, y compris : une augmentation de la quantité et de la complexité du langage pouvant être produit en comparaison à la parole sans aide; l'accès à des méthodes d'acquisition et de démonstration de connaissances plus efficaces; une meilleure acceptation et une plus grande inclusion au niveau social; une plus grande estime de soi et une meilleure motivation; une meilleure capacité à maintenir des partenaires et des milieux de communication viables (Beukelman, Garrett, et Yorkston, 2007); un renforcement des relations interpersonnelles; une accroissement de la productivité; et un accès à de plus vastes options professionnelles et éducationnelles. Ces résultats mènent ultimement à une qualité de vie accrue.

L'intervention en CAA est souvent mieux réussie quand elle est offerte au sein d'une équipe interprofessionnelle, particulièrement dans le cas des clients qui présentent un handicap physique, sensoriel ou cognitif en plus de leur trouble de la parole ou du langage. Les orthophonistes devraient avoir une connaissance de base des rôles et responsabilités des autres professionnels envers les clients nécessitant une CAA, y compris, entre autres, les ergothérapeutes et physiothérapeutes, les psychologues, les enseignants et les ingénieurs en réadaptation.

Les systèmes de CAA devraient être établis en consultation avec le client, les membres de sa famille, ses prestataires de soins et autres personnes d'intérêt afin de s'assurer que le système répond aux besoins de communication et aux capacités du client et peut être utilisé de façon fonctionnelle dans les milieux où se trouve généralement le client.

Même si aucun test normalisé ne peut directement déterminer quel type de CAA une personne nécessite, l'intervention en CAA doit et devrait être offerte avec la même rigueur appliquée dans les autres domaines de la pratique clinique. Le but d'une évaluation est de déterminer les forces et les capacités du client, puis d'établir une stratégie pour faire fond sur ces forces. Selon chaque client, une évaluation pourrait comprendre l'évaluation des capacités actuelles et des besoins du client dans divers domaines, y compris le langage, la littératie, la mobilité, l'accès physique, l'audition et la vision (Beukelman et Mirenda, 2012b). Une évaluation devrait également prendre en compte le niveau de développement langagier actuel et futur, ainsi que les besoins de communication actuels et futurs, du client dans tous ses environnements et pour tous ses partenaires de communication. Il est évident que les domaines examinés lors d'une évaluation complexe de la CAA dépassent les limites de toute discipline à elle-seule. C'est pour cette raison qu'une méthode interprofessionnelle d'évaluation et d'intervention est essentielle afin d'atteindre des résultats positifs pour les clients.

Les évaluations sont généralement guidées par un cadre tel que le cadre SETT (Zabala, 2005), la Communication Matrix (Rowland, 2012), le modèle de Participation (Beukelman et Mirenda, 2012c, p. 109) et la théorie des réseaux sociaux (Blackstone et Hunt Berg, 2003a; Blackstone et Hunt Berg, 2003b).

Afin de déterminer l'intervention la plus appropriée pour un client, les spécialistes de CAA s'efforcent souvent de situer le client sur un continuum d'indépendance de la communication (Dowden, 1999). Ce continuum passe des communicateurs émergents (c'est-à-dire ceux qui communiquent à propos du moment présent à l'aide de gestes ou d'expressions faciales) jusqu'aux communicateurs indépendants (ceux qui sont en mesure de communiquer sur n'importe quel sujet avec n'importe quel partenaire). Le point central du continuum est le communicateur qui dépend du contexte, c'est-à-dire qui est capable de communiquer de façon symbolique, en autant que le contenu du message et/ou le partenaire de communication soient familiers. Les stratégies de CAA sont des moyens valides d'appuyer les clients à tous les points du continuum, y compris ceux qui pourraient avoir toujours besoin de l'aide d'un partenaire pour vivre une communication réussie.

Recommandations

Les recommandations ci-dessous visent à fournir des lignes directrices générales aux orthophonistes dont les clients pourraient bénéficier d'une intervention en CAA. Comme les outils et stratégies de CAA peuvent être efficacement incorporés à une variété de milieux cliniques et auprès de divers clients, cette liste de recommandations est très générale et organisée par sujets larges. Nous encourageons fortement les orthophonistes à obtenir de plus amples renseignements portant plus précisément sur leur clientèle.

Les recommandations ci-dessous sont organisées selon la population ou le besoin. Les recommandations dites « universelles » s'appliquent à tous les clients.

Recommandations universelles

1. Adopter une méthode axée sur le client qui reconnaît le client et, si approprié, le membre de la famille/prestataire de soins en tant que membre essentiel de l'équipe de soins.
2. Reconnaître qu'il n'existe aucun prérequis minimal d'ordre linguistique ou autre pour introduire un outil ou une stratégie de CAA de quelque sorte (Kangas et Lloyd, 1988).

3. Élargir ses connaissances de base portant sur :
 - a. Les outils et stratégies de CAA appuyant la compréhension, y compris les horaires visuels, les appuis pictographiques et écrits pour le langage parlé, l'utilisation d'albums photos et l'utilisation modelée du propre système de CAA d'un client.
 - b. Les outils et stratégies de CAA appuyant la communication expressive, y compris la prise de choix fondée sur les objets ou les images, les tableaux de communication, les tableaux alphabétiques, les appareils générateurs de parole fonctionnant par symboles et par texte, et les méthodes d'accès alternatives.
 - c. Les stratégies de communication sans aide pour appuyer l'expression et la compréhension, y compris pointer, regarder, vocaliser, utiliser des gestes, des signes, des expressions faciales et le langage corporel.
 - d. Les stratégies de communication par partenaire, y compris le ciblage oui/non et la présentation d'un choix écrit (Garrett et Lasker, 2013), le balayage aidé par un partenaire et l'utilisation de passeports/dictionnaires de communication (par exemple, voir <http://www.communicationpassports.org.uk> pour de plus amples renseignements (en anglais seulement)).
 - e. Le modelage en tant que stratégie pour améliorer les habiletés de compréhension et de communication expressive (c.-à-d. la stimulation du langage aidée (*Aided Language Stimulation*) (Goossens, Crain, et Elder, 1992))
4. Tenir compte de l'ampleur totale des besoins, des capacités et des fonctions relatifs à la communication du client (Light, 1989), y compris faire des demandes, partager des observations, observer les règles d'étiquette et maintenir des relations sociales.
5. Tenir compte des quatre sphères de compétence en matière de communication, c'est-à-dire la communication opérationnelle, linguistique, sociale et stratégique (Light, 1989; Light 2003).
6. Cibler les besoins de communication face à face dans le monde réel du client. Si le client a besoin d'un système de communication à des fins sociales ou professionnelles, ce système devrait également combler ses besoins de communication électronique et à distance (p. ex., par téléphone, courriel et médias sociaux).
7. Concevoir des systèmes de CAA qui appuient les occasions de participation significative aux activités dans divers milieux (p. ex., à domicile, à l'école, au centre de réadaptation et dans la communauté).
8. Reconnaître que les interventions ciblant les partenaires de communication, par leur capacité de créer des occasions et des attentes de communication significatives, constituent un volet intrinsèque de la prestation de services en CAA (Ball et Lasker, 2013).
9. Concevoir des systèmes de CAA qui sont multimodaux, au besoin, afin de répondre aux besoins de communication du client dans différents milieux, avec différents partenaires, ou en fonction d'habiletés physiques qui changent au cours de la journée.
10. Envisager des moyens de CAA à basse technologie (non-électroniques) pour la communication expressive et la compréhension. Les appuis à basse technologie, y compris les tableaux de communication et les tableaux alphabétiques, peuvent agir comme système auxiliaire à un système à haute technologie, comme système de CAA primaire ou comme un élément d'un système multimodal pouvant être utilisé avec certains partenaires de communication ou dans certains contextes.

11. Inclure, si possible, l'essai d'au moins une pièce d'équipement avant l'achat.
12. Sélectionner l'équipement grâce à un processus de mise en correspondance des caractéristiques, c'est-à-dire que les besoins du client correspondent aux caractéristiques offertes par le logiciel, le matériel informatique et les capacités linguistiques du système de CAA (Shane et Costello, 1994, tel que cité dans Costello, Shane, et Caron, 2012).
13. Obtenir de l'information auprès des fournisseurs concernant les logiciels, l'équipement et les ressources, au besoin; paradoxalement, ne pas se fier aux fournisseurs pour la prise de décisions cliniques.

Recommandations pour la CSA et la littératie

L'orthophoniste devrait :

1. S'efforcer autant que possible de fournir un système qui comprend l'accès à l'épellation pour les clients qui ont certaines habiletés de littératie.
2. Appuyer le développement de la littératie chez les enfants et les adultes utilisant la CAA. La littératie joue un rôle crucial dans la réussite scolaire et l'accès à un emploi intéressant et satisfaisant (Erickson, 2003; McNaughton et Richardson, 2013). La littératie est également essentielle pour l'autonomie dans la gestion des affaires personnelles quotidiennes, y compris les activités d'achat, les transactions bancaires et la prise de décisions liées à la santé. Elle est également importante pour les loisirs et la qualité de vie.
3. Promouvoir et encourager le développement de la littératie aux fins de la communication face à face (Light et McNaughton, 2013; Light *et al.*, 2005). Le développement des habiletés de littératie, y compris l'orthographe, permet aux adultes et aux enfants qui utilisent la CAA de s'exprimer pleinement grâce à la production de messages nouveaux. L'orthographe est la méthode de production de langage la plus puissante.
4. Envisager l'utilisation d'appuis compensatoires lors des premières étapes du développement de la littératie ou de façon continue, selon les besoins du client.
5. Faire en sorte que les buts liés au langage et au développement de la littératie sont reflétés dans la conception et la mise en place d'un système de CAA (Sturm et Clendon, 2004; Fallon et Katz, 2008).

Recommandations pour la CSA auprès des enfants

Les services pour les enfants nécessitant une CAA sont complexes parce que non seulement les orthophonistes introduisent-ils un nouvel outil de communication avec un nouveau vocabulaire symbolique, mais ils appuient également le développement du langage en général. Par conséquent, les orthophonistes qui desservent les enfants nécessitant de la CAA devraient :

1. Instaurer la CAA de façon précoce, particulièrement pour encourager le développement du langage réceptif et permettre l'immersion au système de CAA (Kangas et Lloyd, 1988; Ronski et Sevcik, 2005).
2. S'assurer que le système de CAA est conçu pour répondre aux besoins de communication immédiats de l'enfant, ainsi que pour appuyer la progression du développement langagier (Beukelman & Mirenda, 2012d; Goossens' *et al.*, 1992).
3. Agir en sachant que la CAA ne nuit pas au développement de la parole naturelle (Millar *et al.*, 2006; Ronski et Sevcik, 2005).

4. Faire en sorte que l'enfant ait amplement d'occasions d'observer l'utilisation compétente du système de CAA (Romski & Sevcik, 1996). Ceci permettra à l'enfant utilisant la CAA, tout comme ses pairs au développement typique, de bénéficier de l'observation de communication fluente dans sa modalité expressive.
5. Travailler en collaboration avec la famille de l'enfant, son enseignant et les autres professionnels pour s'assurer que les recommandations de CAA correspondent à ses buts de langage, d'apprentissage et autres. À l'école, ces buts seraient souvent établis dans le plan d'enseignement individualisé de l'élève.
6. Analyser les habiletés et les patrons de communication et de participation des pairs de l'enfant pour adapter le vocabulaire et planifier la mise en place du système (Ball *et al.*, 1999; Banajee, Dicarlo, et Stricklin, 2003; Fried-Oken et More, 1992).
7. Tenir compte des besoins en termes du vocabulaire de base pour s'assurer que le système de l'enfant comprenne un mélange de vocabulaire développemental, environnemental et fonctionnel (Banajee *et al.*, 2003).
8. S'assurer que les partenaires de communication de l'enfant savent comment utiliser le système de CAA et comment interagir le mieux possible avec l'enfant utilisant le système.

Recommandations pour la CAA auprès des adultes

La fonction de communication des adultes peut être perturbée en raison d'un trouble acquis ou congénital, parfois accompagné de changements qui nécessitent que l'on envisage de nouveaux milieux et partenaires de communication, ainsi que l'enseignement des compétences sociales, fonctionnelles, stratégiques et linguistiques requises pour communiquer efficacement grâce à une ou plus qu'une nouvelle méthode (Light, 1989). Par conséquent, les orthophonistes travaillant auprès d'adultes nécessitant la CAA devraient :

1. Collaborer avec les clients et leurs partenaires de communication pour expliquer les nouvelles méthodes de communication, décrire comment ces méthodes peuvent leur être utiles et démontrer comment les utiliser (Thiessen et Beukelman, 2013).
2. Mettre en place des systèmes de CAA d'une façon qui perturbe le moins possible les patrons de comportement établis du client et qui fait participer le client au processus décisionnel dans la plus grande mesure du possible. Ceci facilitera probablement l'adoption du système et réduira le risque qu'il soit abandonné.
3. Prévoir les changements des fonctions physiques, cognitives ou autres lors du travail auprès de clients avec un diagnostic progressif, par exemple la SLA et l'aphasie primaire progressive (Ball, Beukelman, et Bardach, 2007; King, Alarcon, et Rogers, 2007).
4. Envisager un système de CAA pour les adultes avec des besoins à court terme, par exemple à la suite d'une trachéostomie (Zubow et Hurtig, 2013), ou qui reçoivent une thérapie pour recouvrer une parole naturelle fonctionnelle et nécessitent un système temporaire (Weissling et Prentice, 2010).

Références

- Ball, L., Beukelman, D., et Bardach, L. (2007). Amyotrophic lateral sclerosis. In D. Beukelman, K. Garrett et K. Yorkston (éditeurs), *Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions*. Baltimore: Brookes Publishing Co.

- Ball, L., et Lasker, J. (2013). Teaching partners to support communication for adults with acquired communication impairment. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 22(1), 4-15.
- Ball, L. J., Marvin, C. A., Beukelman, D., Lasker, J., et Rupp, D. (1999). Generic talk use by preschool children. *Augmentative and Alternative Communication*, 15(3), 145-155.
- Banajee, M., Dicarlo, C., et Stricklin, S. (2003). Core vocabulary determination for toddlers. *Augmentative and Alternative Communication*, 19(2), 67-73.
- Bartlett, G. R., Blais, R., et Tamblyn, R. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in the acute care settings. *Canadian Medical Association Journal*, 178(12), 1555-1562.
- Beukelman, D., Garrett, K. L., et Yorkston, K. M. (2007). *Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions*. Baltimore: Brookes Publishing Co.
- Beukelman, D., et Mirenda, P. (2012a). Augmentative and alternative communication processes. Dans D. Beukelman and P. Mirenda (éditeurs), *Augmentative and Alternative Communication*, quatrième édition. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Beukelman, D., et Mirenda, P. (2012b). Assessment of specific capabilities. Dans D. Beukelman and P. Mirenda (éditeurs), *Augmentative and Alternative Communication*, quatrième édition. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Beukelman, D., et Mirenda, P. (2012c). Principles of assessment. Dans D. Beukelman and P. Mirenda (éditeurs), *Augmentative and Alternative Communication*, quatrième édition. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Beukelman, D., et Mirenda, P. (2012d). Challenges, supports, and instructional approaches. Dans D. Beukelman and P. Mirenda (éditeurs), *Augmentative and Alternative Communication*, quatrième édition. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Blackstone, S. W., et Hunt Berg, M. (2003a). Social networks: A communication inventory for individuals with complex communication needs and their communication partners – *Inventory Booklet*. Monterey, CA: Augmentative Communication, Inc.
- Blackstone, S. W., et Hunt Berg, M. (2003b). Social networks: A communication inventory for individuals with complex communication needs and their communication partners – *Manual*. Monterey, CA: Augmentative Communication, Inc.
- Collier, B., Blackstone, S. W., et Taylor, A. (2012). Communication access to businesses and organizations for people with complex communication needs. *Augmentative and Alternative Communication*, 28(4), 205-18.
- Costello, J. M., Shane, H. C., et Caron, J. (2012). AAC, mobile devices and apps: Growing pains with evidence based practice. Consulté à <http://www.vantatenhove.com/files/papers/AACandApps/CostelloShaneCaron-WhitePaper.pdf>

- Dietz, A., Quach, W., Lund, S., et McKelvey, M. (2012). AAC assessment and clinical decision- making: The impact of experience. *Augmentative and Alternative Communication*, 28(3), 148-159.
- Dowden, P. A. (1999). Augmentative and alternative communication for children with motor speech disorders. Dans A. Caruso et E. A. Strand (éditeurs), *Clinical Management of Motor Speech Disorders of Children*. New York: Thieme Publishing Co.
- Erickson, K. (24 juin 2003). Reading comprehension in AAC. *The ASHA Leader*.
- Fallon, K., et Katz, L. (2008). Augmentative and alternative communication and literacy teams: Facing the challenges, forging ahead. *Seminars in Speech and Language*, 29(2), 112-119.
- Fried-Oken, M., et More, L. (1992). An initial vocabulary for nonspeaking preschool children based on developmental and environmental language sources. *Augmentative and Alternative Communication*, 8(1), 41-56.
- Garrett, K., et Lasker, J. (2013). Severe aphasia. Dans D. Beukelman et P. Mirenda (éditeurs), *Augmentative and Alternative Communication*, quatrième édition. Baltimore: Brookes Publishing Co.
- Goossens', C., Crain, S. S., et Elder, P. (1992). *Engineering the Preschool Environment for Interactive, Symbolic Communication*. Birmingham, AL: Southeast Augmentative Communication Conference Publications.
- Gouvernement de l'Ontario. (2005). Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario. (L.O. 2005, chapitre 11). Consulté à http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_05a11_f.htm
- Gouvernement du Manitoba. (pas de date). Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains. Consulté à <http://web2.gov.mb.ca/bills/40-2/b026e.php>
- Hurtig, R. (2013). From the guest editor. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 22(64), 65-68.
- Hurtig, R. R., et Downey, D. A. (2009). *Augmentative and alternative communication in acute and critical care settings*. San Diego: CA: Plural.
- The Joint Commission. (2010). *Advancing effective communication, cultural competence, and patient-and family-centered care: A roadmap for hospitals*. Consulté à <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/aroadmapforhospitalsfinalversion727.pdf>
- Kangas, K., et Lloyd, L. (1988). Early cognitive skills as prerequisites to augmentative and alternative communication use: What are we waiting for? *Augmentative and Alternative Communication*, 4(4), 211-221.
- King, J., Alarcon, N., et Rogers, M. (2007). Primary progressive aphasia. Dans D. Beukelman, K. Garrett et K. Yorkston (éditeurs), *Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions*. Baltimore: Brookes Publishing Co.

- Light, J. C. (1989). Toward a definition of communicative competence for individuals using augmentative and alternative communication systems. *Augmentative and Alternative Communication*, 5(2), 137-144.
- Light, J. C. (2003). Shattering the silence: Development of communicative competence by individuals who use AAC. Dans J. C. Light, D. Beukelman, et J. Reichle (éditeurs), *Communicative Competence for Individuals Who Use AAC: From Research to Effective Practice*. Baltimore: Brookes Publishing Co.
- Light, J., Drager, K., Curran, J., Hayes, E., Kristiansen, L., Lewis, W., et Witte, M. (2005). *AAC interventions to maximize language development for young children* [webinaire]. Consulté à <http://aac-merc.psu.edu/index.php/pages/show/id/44>
- Light, J., et McNaughton, D. (2013). Literacy intervention for individuals with complex communication needs. Dans D. Beukelman, K. Garrett et K. Yorkston (éditeurs), *Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions*. Baltimore: Brookes Publishing Co.
- Marvin, L. A., Montano, J. J., Fusco, L. M., et Gould, E. P. (2003). Speech-language pathologists' perceptions of their training and experience in using alternative and augmentative communication. *Contemporary Issues in Communication Science & Disorders*, 30, 76-83.
- McNaughton, D., et Richardson, L. (2013). Supporting positive employment outcomes for individuals with autism who use AAC. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 22, 164-172.
- Millar, D. C., Light, J. C., et Schlosser, R. W. (2006). The impact of augmentative and alternative communication intervention on the speech production of individuals with developmental disabilities: A research review. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 49, 248-264.
- Niemeijer, D., Gosnell Caron, J., Marden, J., et Shaham, S. (2012). *Reshuffling the cards: Challenges and opportunities of consumer devices for AAC* [Présentation au ISAAC 2012, 1^{er} août 2012].
- Romski, M. A., et Sevcik, R. A. (1996). *Breaking the Speech Barrier: Language Development Through Augmented Means*. Baltimore: Brookes Publishing Co.
- Romski, M. A., et Sevcik, R. A. (2005). Augmentative communication and early intervention: myths and realities. *Infants & Young Children*, 18(3), 174-185.
- Rowland, C. (2012). *Communication matrix: Description, research basis and data*. Consulté à <https://www.communicationmatrix.org/CommunicationMatrixDataandResearchBasis.pdf>
- Sturm, J., et Clendon, S. (2004). Augmentative, alternative communication, language & literacy; Fostering the relationship. *Topics in Language Disorders*, 24(2), 76-91.
- Thiessen, A., et Beukelman, D. (2013). Training communication partners of adults who rely on

AAC: Co-construction of meaning. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 22(1), 16-20.

Weissling, K., et Prentice, C. (2010). The timing of remediation and compensation rehabilitation programs for individuals with acquired brain injury: Opening the conversation. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 19, 87-96.

Zabala, J. (2005). *Ready SETT go! Getting started with the SETT framework*. Consulté à http://www.joyzabala.com/uploads/Zabala_CTG_Ready_SETT_.pdf

Zubow, L., et Hurtig, R. (2013). A demographic study of AAC/AT needs in hospitalized patients. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 22, 79-90.

Lectures supplémentaires :

AAC-RERC. (2011). *Mobile devices and communication apps: An AAC-RERC white paper*. Consulté à <http://aac-merc.psu.edu/index.php/pages/show/id/46>

American Speech-Language-Hearing Association. (2002). *Augmentative and alternative communication: Knowledge and skills for service delivery* [connaissances et habiletés]. Consulté à www.asha.org/policy/KS2002-00067/

American Speech-Language-Hearing Association. (2004). *Roles and responsibilities of speech-language pathologists with respect to augmentative and alternative communication: technical report* [rapport technique]. Consulté à www.asha.org/policy

American Speech-Language-Hearing Association. (2005). *Roles and responsibilities of speech-language pathologists with respect to augmentative and alternative communication: position statement* [énoncé de position]. Consulté à www.asha.org/policy

(Manuels relativement récents – 2000 ou plus récents) :

Beukelman, D., et Mirenda, P. (2013). *Augmentative & Alternative Communication*, quatrième édition. Baltimore: Brookes Publishing Co.

Cockerill, H., et Carroll-Few, L. (éditeurs). (2001). *Communicating Without Speech: Practical Augmentative and Alternative Communication*. London: Mac Keith Press.

Cook, A. M., et Polgar, J. M. (éditeurs). (2008). *Cook & Hussey's Assistive Technologies: Principles and Practice*, troisième édition. Missouri: Mosby, Inc.

Cook, A. M., et Polgar, J. M. (éditeurs). (2012). *Essentials of Assistive Technologies*. Missouri: Mosby, Inc.

Downing, J. (éditeur). (2005). *Teaching Communication Skills to Students with Severe Disabilities*, deuxième édition. Baltimore: Brookes Publishing Co.

Light, J. C., Beukelman, D., et Reichle, J. (éditeurs). (2003). *Communicative Competence for Individuals Who Use AAC: From Research to Effective Practice*. Baltimore: Brookes Publishing Co.

McNaughton, D. B., et Beukelman, D. (éditeurs). (2010). *Transition Strategies for Adolescents and Young Adults Who Use AAC*. Baltimore: Brookes Publishing Co.

Mirenda, P., et Iacono, T. (éditeurs). (2008). *Autism Spectrum Disorders and AAC*. Baltimore: Brookes