

COUR DES POURSUITES ET FAILLITES

Arrêt du 9 janvier 2017

Composition : Mme ROULEAU, présidente
M. Colombini et Mme Byrde, juges
Greffier : Mme Debétaz Ponnaz

Art. 18 al. 1 et 93 al. 1 LP

La Cour des poursuites et faillites du Tribunal cantonal prend séance à huis clos, en sa qualité d'autorité cantonale supérieure de surveillance, pour statuer sur le recours interjeté par **B._____**, à [...], contre le prononcé rendu le 8 septembre 2016, à la suite de l'audience du 9 mai 2016, par la Présidente du Tribunal d'arrondissement de La Côte, autorité inférieure de surveillance, admettant partiellement la plainte déposée par le recourant contre la décision de saisie de ses revenus prise par l'**OFFICE DES POURSUITES DU DISTRICT DE NYON** le 19 février 2016 et complétée le 1^{er} mars 2016, dans le cadre de poursuites exercées contre lui à l'instance de la **CONFÉDÉRATION SUISSE** et de l'**ETAT DE VAUD**, représentés par l'**Office d'impôt du district de Nyon**.

Vu les pièces du dossier, la cour considère :

En fait :

1. a) Le 18 novembre 2015, dans le cadre de la continuation de plusieurs poursuites exercées contre B._____ à l'instance des autorités fiscales fédérale et cantonale, l'Office des poursuites du district de Nyon (ci-après : l'Office) a établi un procès-verbal des opérations de la saisie, dont la teneur est la suivante :

Revenus du débiteur, retraité

Caisse AVS à Clarens	Fr. 267.00
Caisse de pension D._____ (UK)	Fr. 0.00
AVS anglaise	Fr. 558.87

Charges du débiteur

Base mensuelle	Fr. 1'200.00
Loyer (loue une chambre et paie en travaux)	Fr. 0.00
Prime d'assurance maladie (assurance maladie en Angleterre. Pas de caisse maladie en Suisse. Payé par la société D._____)	Fr. 1'900.00 (non payé)

Ce procès-verbal indiquait en outre que le débiteur était propriétaire de deux véhicules faisant l'objet d'une saisie. A l'issue d'une procédure de plainte qui s'est déroulée de 2013 à 2016, la cour de céans a jugé que le second véhicule était indispensable au débiteur pour se rendre à ses fréquents rendez-vous médicaux et ne pouvait dès lors pas être saisi (CPF, 12 avril 2016/18).

L'Office allègue que, le 25 novembre 2015, le débiteur lui a remis un relevé bancaire pour la période du 1^{er} mai au 31 octobre 2015, justifiant ses revenus.

Le 19 février 2016, l'Office a effectué le calcul du minimum vital du débiteur en tenant compte des revenus et charges suivants :

Revenus du débiteur, retraité

Caisse AVS, Vevey	Fr. 267.00
Caisse de pension D. _____ (UK)	Fr. 2'547.85
Rente AVS anglaise	Fr. 614.77

Charges du débiteur

Base mensuelle	Fr. 1'200.00
Loyer (loue une chambre et paie en travaux)	Fr. 0.00
Prime d'assurance maladie (aucune caisse maladie en Suisse - assurance anglaise payée par : company D. _____)	Fr. 0.00

Le minimum d'existence du débiteur a ainsi été arrêté à 1'200 fr., soit la base mensuelle, et le montant saisissable à 2'229 fr. 60 par mois, sur des revenus de 3'429 fr. 62.

Par décision du 19 février 2016, fondée sur ce calcul du minimum vital qui y était annexé, l'Office a sommé le débiteur, sous la menace des sanctions prévues aux art. 169 et 292 CP (Code pénal ; RS 311.0), de prélever sur ses revenus une somme de 2'200 fr. par mois, dès et y compris le mois de février 2016 et de la verser pour le 10 de chaque mois à l'Office, jusqu'à avis contraire de ce dernier, la première fois pour le 10 mars 2016. Il était précisé que l'inobservation de cette décision ferait l'objet d'une poursuite pénale pour insoumission à une décision de l'autorité et détournement d'un gain mis sous mains de justice.

Le prononcé attaqué retient que, le 24 février 2016, le débiteur, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté la décision de l'Office pour le motif que les charges étaient inexactes, estimant en particulier que « les frais de voiture devraient être intégrés dans le calcul du minimum vital, la voiture étant indispensable selon un arrêt du Tribunal fédéral », et que l'Office a précisé que la voiture du débiteur avait été saisie antérieurement, ce qui avait fait l'objet d'une plainte admise en dernière instance, et que dès réception de la décision exécutoire, le calcul du minimum vital serait adapté en conséquence.

Le 1^{er} mars 2016, l'Office a écrit ce qui suit au conseil du débiteur :

« Nous accusons réception de votre courrier du 24 février 2016 qui a retenu toute notre attention.

En date du 19 février 2016, l'office des poursuites a exécuté en mains du débiteur cité en titre, une retenue de ses revenus à hauteur de Fr. 2'200.00 par mois, dès et y compris le mois de février 2016.

Nous avons estimé les revenus du débiteur (lesquels sont versés en livres Sterling) en tenant compte du taux de change au jour de la saisie et ferons les corrections mensuellement s'il s'avère que les fluctuations par rapport au revenu retenu dans le calcul du minimum vital sont trop importantes.

En ce qui concerne les frais de déplacement, il est précisé que dès réception de la décision exécutoire du Tribunal fédéral, que vous mentionnez, des justificatifs de paiement de l'assurance RC et de la taxe de circulation, le calcul du minimum vital pourrait être revu.

D'autre part, votre client a déclaré lors de son audition du 18 novembre 2015 que son assurance maladie s'élevait à Fr. 1'900.00 et que celle-ci était payée par la société « D. _____ ».

En principe, le calcul du minimum vital comprend uniquement l'assurance de base LAMal, les frais médicaux non couverts par l'assurance-maladie étant remboursés mensuellement sur présentation des quittances de paiement.

Afin de pouvoir nous déterminer à ce sujet, nous invitons votre client à nous remettre copie de sa police d'assurance, les quittances de paiement des primes pour les années 2015 et 2016 et un décompte détaillé des frais médicaux pour l'année 2015 (les frais, les remboursements par l'assurance et les parts à charge de votre client). En plus, il voudra également détailler les coûts des prestations sur l'année 2015, qui devraient être couvertes par l'assurance complémentaire. »

b) Par lettre du 3 mars 2016, le conseil de B. _____ a écrit à l'Office que son client lui avait indiqué ne pas être en état, pour des raisons de santé, de lui faire parvenir les pièces demandées. Il a cependant confirmé que la prime d'assurance-maladie n'était pas prise en charge par la société D. _____, par débit sur la pension versée à son client, mais que ce dernier la versait directement, de sorte que le montant devait être inclus dans son minimum vital. Il a soutenu qu'il n'était pas

concevable, vu son état de santé, que son client puisse s'affilier à une caisse-maladie suisse, ni que ses frais médicaux soient pris en charge par l'assurance de base, et que cette assurance ne prendrait pas en charge ses frais médicaux lors de ses séjours chez ses enfants, en Angleterre, ou chez son frère, en Grèce. Le conseil du débiteur a ainsi invité l'Office à revoir sa décision en ce sens qu'aucune saisie de gain n'était prononcée contre son client et a requis, si tel n'était pas le cas, que cette lettre soit considérée comme une plainte au sens de l'art. 17 LP et transmise à l'autorité de surveillance.

Le 11 mars 2016, l'Office a indiqué maintenir sa décision et a transmis la lettre précitée du 3 mars 2016, comme valant plainte au sens de l'art. 17 LP, à la Présidente du Tribunal d'arrondissement de La Côte, en sa qualité d'autorité inférieure de surveillance.

Le 16 mars 2016, le plaignant a requis l'effet suspensif. Par décision du 17 mars 2016, la présidente l'a accordé en ce sens que les montants saisis restent consignés à l'Office jusqu'à droit connu sur la plainte.

Dans ses déterminations du 25 avril 2016, l'Office a exposé que si le plaignant, lors de son passage en ses bureaux le 18 novembre 2015, avait déclaré avoir une assurance-maladie en Angleterre dont les primes étaient déduites de la rente versée par la caisse de pension D._____, il semblait que c'était lui qui réglait ces primes. Il n'avait toutefois pas remis à l'Office les différents justificatifs demandés, à savoir la police d'assurance-maladie, les quittances de paiement des primes pour les années 2015 et 2016 et le décompte détaillé des frais médicaux pour l'année 2015, avec indications des frais qui seraient couverts dans le système suisse par la LAMal et la LCA. L'Office a précisé que le montant de la franchise et des frais médicaux non couverts par l'assurance pouvaient être inclus dans le minimum vital, après avoir été mensualisés, lorsqu'il était certain que, pendant la saisie, le débiteur devrait assumer des frais médicaux qui dépasseraient la franchise. Il a précisé également que seules les charges dont le paiement était justifié par la remise des quittances de

paiement pouvaient être intégrées dans le calcul du minimum vital. En l'occurrence, les primes payées par le plaignant s'élevaient à 1'788.97 livres sterling, soit environ 2'500 fr. par mois, ce qui dépassait largement les primes d'assurance obligatoire LAMal, seules prises en considération selon les lignes directrices pour le calcul du minimum d'existence. En outre, l'Office n'ayant reçu aucun justificatif, il lui était impossible de déterminer quels étaient les risques couverts par l'assurance anglaise et s'il s'agissait d'une assurance comparable à l'assurance obligatoire suisse, ou d'une assurance qui couvrait également les prestations complémentaires privées ou semi-privées, de même qu'il ne disposait d'aucun moyen d'identifier et de chiffrer les frais médicaux ou d'en faire la comparaison avec l'assurance suisse. L'Office a conclu en préavisant en faveur du rejet de la plainte.

Par lettre du 25 avril 2016, le conseil du plaignant a requis la dispense de comparution personnelle de son client à l'audience du 9 mai 2016, au motif que celui-ci avait dû se rendre d'urgence en Grèce au chevet de son frère. Il a en outre indiqué que, pour ce même motif, son client était dans l'incapacité de produire toutes les pièces justificatives concernant son état médical, dont la pénibilité ressortait néanmoins, selon lui, de la décision sur plainte rendue dans le cadre de la saisie du véhicule de son client. Il a fait valoir qu'au vu de ces éléments, ainsi que des pièces produites, la situation de son client ne présentait aucune quotité saisissable. Les pièces produites, en copie, étaient les suivantes :

- une attestation médicale du 21 avril 2016 concernant le frère jumeau du plaignant, rédigée en grec, et sa traduction en anglais (pièce 1) ;
- un certificat d'adhésion (*membership certificate*) de Bupa Global, daté du 1^{er} juin 2015, indiquant que B._____, né le 12 octobre 1939, résidant en Suisse, est depuis le 1^{er} juillet 1999 titulaire d'une police d'assurance (dénommée « Lifeline Gold ») auprès de Bupa Insurance Ltd, et deux documents, soit une facture détaillée (*invoice details*) et un plan de paiement (*payment plan*), établis par Bupa pour la période du 1^{er} juillet 2015 au 30 juin 2016, prévoyant que la prime mensuelle de 1'788.97 GBP (livres sterling) est payée par le débit direct d'un compte auprès de la Royal Bank of « Scot » (sic), à Londres (pièce 2) ;

- une ordonnance médicale d'un généraliste à Nyon, du 8 janvier 2016, délivrée au plaignant pour sept médicaments, et un document non daté, signé d'un oncologue, énumérant six médicaments sous le titre « Traitement actuel » (pièce 3).

La dispense de comparution personnelle du plaignant a été accordée.

c) Lors de l'audience du 9 mai 2016, le conseil du plaignant a produit un document émanant de « D. _____ », attestant que le plaignant avait été le directeur de cette société jusqu'au 31 mai 1991 et qu'il recevait à ce titre une pension mensuelle de 4'375.25 GBP brut, dont à déduire 1'081.31 GBP à titre de « Income Tax » et 1'563.05 GBP à titre de « Attachment of Earnings », dont bénéficie son ex-épouse, soit une pension mensuelle nette de 1'730.89 GBP. Lors de cette audience, un délai au 31 mai 2016 lui a été imparti pour produire un extrait de son compte bancaire pour les six derniers mois (aux fins de prouver que la prime d'assurance-maladie alléguée était payée) ainsi qu'un décompte de ses frais médicaux non pris en charge par l'assurance-maladie en 2015 et durant les premiers mois de 2016.

Le 27 mai 2016, son conseil a produit des extraits de ses comptes « personnel 60plus UBS », pour la fin de l'année 2015 et le mois de janvier 2016, et « UBS savings », pour l'année 2015, ainsi que « deux documents concernant des médicaments qu'il a dû payer en Grèce », rédigés en grec. Il a exposé que son client ne recevait plus ses décomptes « en format papier » depuis le début de l'année, n'était pas en mesure de lui transmettre les extraits récents et avait essuyé un refus de l'UBS, à qui il avait téléphoné depuis la Grèce, d'envoyer un extrait de compte directement à son conseil. Ce dernier s'est également justifié de ne pas produire l'ensemble des pièces requises en indiquant que son client demeurait encore auprès de son frère malade en Grèce ; commentant en outre l'extrait bancaire, il a relevé que le compte de son client était crédité mensuellement d'une rente AVS de 247 fr. et d'un montant de 620 à 650 fr. versé par sa caisse de pension anglaise et a précisé que les autres

versements, de 500 fr. en général, effectués en cash sur le compte, constituaient une partie de l'aide que ses enfants lui accordaient.

Par déterminations du 8 juin 2016, l'Office a fait valoir que « l'absence d'écriture concernant la rente de la caisse de pension D._____ ne constitue pas de preuve de paiement de l'assurance-maladie ». Au surplus, il a indiqué ne pas avoir de nouveaux éléments permettant de modifier sa décision, exception faite des frais de déplacement de 177 fr. 03, qui seraient intégrés dans le calcul du minimum vital.

Le dossier de première instance contient en outre des pièces dont la date de production n'est pas précisée, soit une lettre du 1^{er} juin 2014 intitulée « Your renewal information », par laquelle Bupa International a fait parvenir au plaignant, notamment, un certificat d'adhésion pour la période du 1^{er} juillet 2014 au 30 juin 2015, ainsi qu'une facture et un plan de paiement pour cette période, prévoyant que la prime mensuelle de 1'678.47 GBP est payée par le débit direct d'un compte auprès de la Royal Bank of Scotland, à Londres.

2. Par décision adressée pour notification aux parties le 8 septembre 2016, l'autorité inférieure de surveillance a admis partiellement la plainte déposée le 3 mars 2016 (I), dit que la décision de l'Office du 19 février 2016 était modifiée en ce sens que le plaignant était sommé de prélever sur ses revenus la somme de 1'300 fr. par mois dès et y compris le mois de février 2016, sous la menace des sanctions prévues par les art. 169 et 292 CP (II) et rendu la décision sans frais ni dépens (III). Elle a retenu que le plaignant bénéficiait de revenus totaux - non contestés - de 3'429 fr. 62, à savoir 267 fr. de sa caisse AVS en Suisse, 2'547 fr. 85 de la caisse de pension D._____ et 614 fr. 77 de rente AVS anglaise. Elle a considéré qu'il n'était pas possible de déterminer la partie assurance de base obligatoire et la partie assurance complémentaire de l'assurance anglaise et qu'il convenait de prendre en compte un montant moyen d'une assurance de base en Suisse avec une franchise de 300 fr. ;

sur la base du site « comparis.ch », elle a retenu une prime de 600 fr. par mois pour une personne de l'âge du plaignant, à laquelle elle a ajouté 100 fr. par mois pour tenir compte du fait que l'intéressé était en traitement et consommait régulièrement des médicaments. Ayant ainsi arrêté le minimum vital du plaignant à 2'077 fr. 03, soit 1'200 fr. de base mensuelle, 700 fr. de prime d'assurance-maladie et de frais médicaux et 177 fr. 03 de frais de transport admis par l'office, elle a considéré que le montant mensuel saisissable était de 1'352 fr. 59 (3'429 fr. 62 - 2'077 fr. 03) et fixé le montant à saisir à 1'300 francs.

3. Par acte déposé le mardi 20 septembre 2016, suivant le lundi du Jeûne fédéral, le plaignant a recouru contre ce prononcé, concluant à sa réforme en ce sens que la décision de l'Office est modifiée « en ce sens que le recourant B._____ ne présente aucune quotité saisissable », subsidiairement, à son annulation et au renvoi du dossier à l'autorité de première instance pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

L'Office a répondu le 11 octobre 2016, en renvoyant à sa précédente détermination du 25 avril 2016. Il a ajouté que le plaignant n'avait pas démontré le bien-fondé de ses déclarations et, en particulier, n'avait pas produit, ou seulement de manière incomplète, les pièces qu'il lui avait demandées à de multiples reprises (quittances de paiement des primes 2015 et 2016, décompte détaillé des frais médicaux avec indication de ceux qui seraient couverts par la LAMal et la LCA), que ce soit lors de son audition dans les bureaux de l'Office, lors du dépôt de la plainte, ou lors de l'audience.

En droit :

I. Le recours a été déposé en temps utile (art. 18 al. 1 LP [loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1], 142 al. 3 CPC [Code de procédure civile ; RS 272] par renvoi de l'art. 31 LP, et 28 al. 1 et 73 al. 3 LVLP [loi vaudoise d'application de la LP]. Il comporte des conclusions et l'énoncé des moyens invoqués (art. 28 al. 3 LVLP). Il est ainsi recevable.

Les déterminations de l'Office le sont également (art. 31 LVLP).

II. Le recourant fait valoir qu'il doit supporter une prime d'assurance-maladie anglaise relativement importante, qu'il ne peut pas s'affilier auprès d'une caisse-maladie suisse au vu de son état de santé, que l'assurance-maladie de base ne prendrait en aucun cas en charge l'entier de ses frais médicaux, ni ne prendrait en charge ceux-ci lorsqu'il est à l'étranger chez ses enfants (en Angleterre) ou chez son frère (en Grèce), que seule une assurance complémentaire le ferait, mais qu'aucune compagnie suisse ne contracterait avec lui. S'agissant de sa situation de santé, il renvoie à la procédure de plainte qui a eu lieu au sujet du caractère saisissable de l'un de ses véhicules automobiles. Il invoque le fait que, le 25 avril 2016, il a informé la présidente du tribunal « que le montant de la prime d'assurance-maladie du recourant, soit GBP 1'788.97, était déduit chaque mois de ses revenus (cf. pièce 2 *ad* courrier du 25 avril 2016) ». Il ne conteste pas qu'en principe, selon la jurisprudence (cf. ATF 134 III 324), seule la prime d'assurance-maladie de base est incluse dans le minimum vital, mais estime qu'il se justifie en l'occurrence de faire une exception, fondée sur le chiffre VI des Lignes directrices de la Conférence des préposés aux poursuites et faillites de Suisse. Il reproche au préposé à l'Office et à l'autorité inférieure de surveillance de ne pas avoir fait usage du pouvoir d'appréciation que leur confèrent ces directives. A titre subsidiaire, il invoque le fait que, selon une jurisprudence cantonale saint-galloise (publiée *in* BISchK 1998, p. 235), les frais d'assurance-maladie complémentaire doivent être pris en considération jusqu'au prochain terme de dénonciation du contrat d'assurance.

III. a) L'art. 93 al. 1 LP prévoit que les biens relativement saisissables, tels que les pensions et prestations de toutes sortes destinées notamment à couvrir une perte de gain, ne peuvent être saisis que déduction faite de ce que le préposé estime indispensable au débiteur et à sa famille (minimum vital). Cette disposition garantit à ces derniers la possibilité de mener une existence décente, sans toutefois les protéger contre la perte des commodités de la vie ; elle vise à empêcher que l'exécution forcée ne porte atteinte à leurs intérêts fondamentaux, ne les menace dans leur vie ou leur santé ou ne leur interdise tout contact avec le monde extérieur. Les besoins du poursuivi et de sa famille reconnus par la jurisprudence sont ceux d'un poursuivi moyen et des membres d'une famille moyenne, c'est-à-dire du type le plus courant. Ils doivent toutefois tenir compte des circonstances objectives, et non subjectives, particulières au poursuivi (ATF 134 III 323 consid. 2, JdT 2008 II 328 ; TF 7B.77/2002 du 21 juin 2002 consid. 2.1 ; ATF 108 III 60 consid. 3, JdT 1984 II 95 ; cf. Ochsner, Le minimum vital (art. 93 al. 1 LP), *in* SJ 2012 II 119 à 158, spéc. 126). La détermination du minimum indispensable est une question d'appréciation (ATF 134 III 323 consid. 2 ; Gilliéron, Commentaire de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, n. 165 *ad* art. 93 LP et la jurisprudence citée).

De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que seules les primes pour des assurances obligatoires peuvent être retenues dans le calcul du minimum vital et qu'ainsi, en matière d'assurance-maladie, seules les primes de l'assurance-maladie obligatoire, soit pour une couverture de base, peuvent être prises en compte dans ce calcul (ATF 129 III 242 consid. 4.1 ; TF 7B.225/2003 du 23 octobre 2003 consid. 3.1 ; SJ 2000 II p. 217). Dans un arrêt cité par le recourant lui-même, il a exclu expressément la possibilité de faire des exceptions au principe de la prise en compte des seules dépenses nécessaires et indispensables dans le calcul du minimum vital au motif que le recourant, s'il devait renoncer à cette assurance facultative, ne pourrait plus contracter une telle assurance à l'avenir du fait de son état de santé ; il a exposé que cette situation ne différait point de celle d'autres assurés qui, pour des raisons

financières, doivent mettre un terme à une assurance complémentaire contractée lorsque leur situation le leur permettait ; il a réitéré le principe selon lequel l'exclusion des primes de l'assurance-maladie complémentaire du calcul du minimum vital avait pour fondement légal l'art. 93 LP lui-même, qui prévoit la prise en compte des seuls besoins de base du débiteur ; il a considéré enfin que cette exclusion répondait en outre à l'intérêt des créanciers, qui n'avaient pas à contribuer au financement de prestations d'assurance allant au-delà de la couverture des besoins de base du débiteur (ATF 134 III 323 consid. 3 et les réf. cit. ; Ochsner, *op. cit.*, p. 142 s.).

b) Il découle de ce qui précède que les circonstances personnelles invoquées par le recourant, à supposer qu'elles soient établies - ce qui n'est pas le cas, comme démontré plus bas - ne justifieraient pas de s'écarter de l'art. 93 al. 1 LP et de la jurisprudence précitée. Quant aux Lignes directrices du 1^{er} juillet 2009 pour le calcul du minimum vital du droit des poursuites selon l'art. 93 LP (BISchK 2009, p. 196 ss), leur application ne saurait avoir pour effet de rendre inefficace la jurisprudence du Tribunal fédéral. Mal fondé, le moyen principal du recourant doit être rejeté.

Quant à la jurisprudence saint galloise invoquée par le recourant à titre subsidiaire, il s'agit d'une décision cantonale, donc de rang inférieur à la jurisprudence fédérale applicable, rendue de surcroît en 1998, soit avant l'arrêt topique rendu en 2008 (ATF 134 III 323). Il n'y a dès lors aucune raison de prendre en compte les frais d'assurance-maladie complémentaire jusqu'au prochain terme de dénonciation du contrat d'assurance, terme qu'au demeurant, le recourant ne précise pas. Mal fondé, ce moyen doit aussi être rejeté.

IV. a) Dans le calcul du minimum vital au sens de l'art. 93 LP, seuls les montants effectivement payés peuvent être pris en considération (TF 5A_266/2014 du 11 juillet 2014 ; ATF 121 III 20 consid. 3, JdT 1997 II 163 ; ATF 112 II 16 consid. 4 *in fine*, JdT 1988 II 118). A cet égard, l'office

des poursuites ne doit pas se contenter des déclarations du poursuivi ; il peut exiger la production des justificatifs de paiement (Vonder Mühl, *in* Basler Kommentar, Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs I, Art. 1-158 SchKG, 2^e éd., 2010, n. 25 *ad* art. 93 SchKG [LP] ; Ochsner, *op. cit.*, p. 127). Cette règle vaut pour le paiement des primes d'assurance-maladie (ATF 121 III 20 précité). En outre, pour être retenues, les charges doivent être payées régulièrement ; si les paiements sont occasionnels, l'office tiendra compte d'une moyenne (Ochsner, *op. cit.*, p. 127 et les réf. cit.).

b) En l'espèce, le recourant n'a donné suite que de manière très incomplète aux réquisitions de production de pièces réitérées de l'Office et de l'autorité inférieure de surveillance. L'explication donnée par son conseil, selon laquelle son séjour chez son frère en Grèce l'aurait empêché de produire les documents requis, en particulier les preuves de paiement des primes et de ses frais médicaux, ainsi que l'extrait de ses comptes bancaires pour 2016 n'emporte pas la conviction. D'une part, une telle absence n'est avérée que pour avril 2016 et, d'autre part, à supposer qu'elle ait duré plus longtemps, elle n'empêchait pas l'intéressé d'écrire à sa banque et à son assurance pour obtenir les documents requis, ou de le faire faire par son conseil. Cette carence laisse penser que l'intéressé cherche à cacher des éléments - notamment de revenu ou de fortune - à l'Office, impression renforcée par les divers indices suivants qui ressortent des rares pièces produites.

aa) Les déclarations du recourant au sujet du paiement de sa prime d'assurance-maladie ont varié entre les deux procédures de plainte. Il a d'abord dit à l'Office qu'il n'avait que deux revenus, sa rente AVS suisse et une rente AVS anglaise, et que la société D._____ lui payait son assurance-maladie. Par la suite, un délai lui ayant été imparti pour produire une série de pièces, il s'est avéré qu'il percevait une rente de D._____ d'un montant net de 1'730.89 GBP (cf. CPF, 31 décembre 2014/59). Dans le cadre de la présente saisie, il a déclaré qu'il s'acquittait lui-même de la prime d'assurance-maladie anglaise, sur ses revenus. Invité à établir le paiement effectif des primes de cette assurance, il a

produit des plans de paiement, ou des factures, valables pour la période des mois de juillet 2014 à juillet 2016, mais non pas des avis de débit ; et pour cause, puisqu'une lecture attentive de ces pièces montre que les primes - si elles sont acquittées - le sont apparemment par le débit d'un compte auprès de la Royal Bank of Scotland que le recourant n'a jamais indiqué à l'Office.

bb) Les documents bancaires produits le 27 mai 2016 montrent que le recourant est titulaire auprès de l'UBS, en plus de son compte courant, d'un compte d'épargne - sur lequel aucun mouvement n'a été enregistré en 2015 et qui présentait un solde de 11 fr. 60 au 31 décembre 2015 -, ainsi que d'un « Individual banking package with Gold Card » dont il est notoire qu'il n'est pas octroyé à des clients dont le solde des comptes est presque nul, à l'instar de ceux produits. En outre, le compte courant du recourant est crédité régulièrement de montants en cash, soit en argent liquide, de 500 fr. à 1'000 fr., dont son conseil prétend qu'il s'agit de l'aide de ses enfants. Sachant que ceux-ci sont en Angleterre, il est pourtant douteux qu'ils lui fassent parvenir des montants en cash.

Quant aux explications de son conseil, selon lesquelles il ne se serait plus vu délivrer de décomptes mensuels « en format papier » par l'UBS depuis le début de l'année 2016 et aurait essuyé un refus de cette banque de transmettre des extraits directement à son conseil, elles ne sont pas de nature à justifier l'absence de production de toute pièce. Si l'intéressé, qui a été directeur d'une compagnie internationale, avait réellement la volonté de déférer aux ordonnances de production, il l'aurait fait.

c) En conclusion, on doit considérer que la preuve stricte du paiement par le recourant de ses primes d'assurance-maladie anglaise en 2016 - correspondant à l'assurance de base LAMal - n'a pas été rapportée et que son manque de transparence à cet égard, ainsi que sur d'autres points, est suspect. Le cas échéant, lors d'une prochaine saisie, le poursuivi devra notamment être invité à renseigner précisément l'Office

sur l'existence d'autres éléments de fortune et de revenus que ceux indiqués.

V. Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et le prononcé confirmé.

Le présent arrêt doit être rendu sans frais ni dépens (art. 20a al. 2 ch. 5 LP ; 61 al. 2 let. a et 62 al. 2 OELP [ordonnance sur les émoluments perçus en application de la LP ; RS 281.35]).

Par ces motifs,
la Cour des poursuites et faillites du Tribunal cantonal,
statuant à huis clos en sa qualité d'autorité cantonale
supérieure de surveillance,
p r o n o n c e :

I. Le recours est rejeté.

II. Le prononcé est confirmé.

III. L'arrêt, rendu sans frais ni dépens, est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Eric Muster, avocat (pour B. _____),
- Office d'impôt du district de Nyon (pour la Confédération suisse et l'Etat de Vaud),
- M. le Préposé à l'Office des poursuites du district de Nyon.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110). Ce recours doit être déposé devant le Tribunal fédéral dans les dix jours - cinq jours dans la poursuite pour effets de change - qui suivent la présente notification (art. 100 LTF).

Cet arrêt est communiqué à :

- Mme la Présidente du Tribunal d'arrondissement de La Côte, autorité inférieure de surveillance.

La greffière :